

X 7

ANNALES

DE

DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

FONDÉES PAR A. DOYON

TROISIÈME SÉRIE

PUBLIÉE PAR

MM.

ERNEST BESNIER

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.
Membre de l'Académie de médecine.

A. DOYON

Médecin inspecteur des eaux d'Uriage.
Correspondant de l'Académie de médecine.

BROcq

Médecin des Hôpitaux.

A. FOURNIER

Professeur à la Faculté de médecine.
Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

HALLOPEAU

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.
Membre de l'Académie de médecine.

G. THIBIERGE

Médecin de l'hôpital de la Pitié.

AVEC LA COLLABORATION DE MM.

ARNOZAN, AUBERT, AUGAGNEUR, BALZER, BARTHÉLEMY, BROUSSE

CORDIER, J. DARIER, W. DUBREUILH, DU CASTEL

ÉRAUD, GAILLETON, GAUCHER, GÉMY, HORAND, HUDELO, JACQUET, JEANSELME

L. JULLIEN, M. LELOIR, L. LEPILEUR, A. MATHIEU, CHARLES MAURIAC, MERKLEN

MOREL-LAVALLÉE, M. NICOLLE, L. PERRIN, PORTALIER,

PAUL RAYMOND, ALEX. RENAULT, J. RENAUT,

R. SABOURAUD, P. SPILLMANN, TENNESON, VERCHÈRE, LOUIS WICKHAM

Secrétaire de la Rédaction :

D^r HENRI FEULARD

Ancien Chef de Clinique de la Faculté à l'hôpital Saint-Louis.

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL :

Paris, 30 fr. — Départements et Union Postale, 32 fr.

TOME VII

N° 11. — Novembre 1896

PARIS

MASSON ET C^{ie}, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

—
MDCXXXCV

CONDITIONS DE LA PUBLICATION

Les **Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie** paraissent le 30 de chaque mois.

Chaque cahier contient, outre les matières habituelles du journal, le compte rendu in extenso des séances de la **Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie**.

Les auteurs des *Mémoires originaux* insérés dans les **Annales** reçoivent gratuitement 50 exemplaires de leur travail tirés en sus, sans remaniement ni changement de pagination.

Il sera fait mention ou rendu compte de tout ouvrage relatif à la Dermatologie et à la Syphiligraphie dont deux exemplaires auront été envoyés au bureau du journal.

Adresser ce qui concerne la rédaction à M. le Dr FEULARD, secrétaire de la Rédaction, 26, rue Saint-Georges, à Paris.

BENZOATE DE MERCURE	SYPHILIS BRETONNEAU	SIROP - PILULES Benzoate Hg. 0401.		
		<table border="0"> <tr> <td>SIROP IOD. Benzoate... 0401 Iod. Alcaïn 1gr.</td> <td>DRAGÉES Benzoate... 04005 Iod. Alcaïn 0430</td> </tr> <tr> <td colspan="2">INJECTION SOUS-CUTANÉE 0401 par seringue.</td> </tr> </table>	SIROP IOD. Benzoate... 0401 Iod. Alcaïn 1gr.	DRAGÉES Benzoate... 04005 Iod. Alcaïn 0430
SIROP IOD. Benzoate... 0401 Iod. Alcaïn 1gr.	DRAGÉES Benzoate... 04005 Iod. Alcaïn 0430			
INJECTION SOUS-CUTANÉE 0401 par seringue.				
PARIS - 6, Rue Marengo, 6				

SAVONS MÉDICINAUX de A^e MOLLARD

JOUBERT, Pharmacien de 1^{re} Classe, Successeur
PARIS-8, Rue des Lombards — USINE à St-Denis (Seine) la douz.
SAVON Pheniqué... à 5% de A^e MOLLARD 12'
SAVON Boraté... à 10% de A^e MOLLARD 12'
SAVON au Thymol... à 5% de A^e MOLLARD 12'
SAVON à l'Ichthyol... à 10% de A^e MOLLARD 24'
SAVON Borique... à 5% de A^e MOLLARD 12'
SAVON au Salol... à 5% de A^e MOLLARD 12'
SAVON au Sublimé à 1% ou 10% de A^e MOLLARD 12' ou 24'
SAVON Iodé (KI - 10 %) de A^e MOLLARD 24'
SAVON Sulfureux typique de A^e MOLLARD 12' ou 24'
SAVON au Goudron de Norwège de A^e MOLLARD 12'
SAVON Glycérine..... de A^e MOLLARD 12'
 Ils se vendent en boîte de 1/4 et de 1/2 DOUZAINES AVEC
 3% à MM. les Docteurs et Pharmaciens.

SYPHILIS GRANULES DARDEL à l'Arséniate de Mercure ASO² 2HGO HO

Dosés à cinq milligrammes

Ces granules sont préparés avec le plus grand soin, le flacon ne contient aucun prospectus, l'étiquette ne porte pour toute désignation que la formule chimique des médicaments.

Dépôt : 3, rue Jacob

LE SACCHAROLE de QUINQUINA VIGIER

TONIQUE — RECONSTITUANT — FÉBRIFUGE

Renferme tous les principes toniques et alcaloidiques de l'Ecorce et remplace avantageusement toutes les autres préparations : Potion à l'extrait de Quinquina, Pilules, Vins, Sirops, etc. Une cuillerée à café représente un gramme d'extrait.

DOSE : 1 à 2 cuillerées à café par jour dans la première cuillerée de potage ou dans de l'eau, du vin, etc. Dans les cas d'anémie, chlorosis, épuisement, diarrhées, maux d'estomac, dyspepsie et convalescence. — 2 à 4 cuillerées à café contre les fièvres intermittentes, typhoïde, etc. — **Prix du Flacon** représentant 30 grammes d'Extrait : 3 francs.

ELIXIR DE QUINQUINA VIGIER aussi actif que le Saccharolé. **DOSE :** Un verre à liqueur à chaque repas.

Pharmacien de 1^{re} Classe, Lauréat des Hôpitaux et de l'Ecole de Pharmacie de Paris
VIGIER, Ph^{ie} CHARLARD, 12, Boul. Bonne-Nouvelle, PARIS

DEL
reure

grand
, l'E
la for

R

autres
extrai.
les cas
contre
anes.
repas.

TRAVAUX ORIGINAUX

† SUR UN NOUVEAU CAS DE « PIED DE MADURA » (1)

PAR MM.

Gémy,

et

H. Vincent,

Chargé du cours complémentaire de clinique dermatologique à l'École de médecine d'Alger.

Médecin-major attaché au laboratoire de bactériologie de l'hôpital militaire de Marseille.

A la séance générale du 25 avril 1892, le regretté Dr E. Vidal voulut bien communiquer, en notre nom, à la Société française de dermatologie un mémoire qui avait pour titre : *Affection parasitaire du pied, analogue sinon identique à la maladie dite « de Madura »*.

Ce mémoire fut ensuite publié (2), avec deux photographies qui donnaient une idée parfaitement exacte de l'aspect que présentait la tumeur et l'un de nous a complété cette étude dans un travail paru dans les *Annales de l'Institut Pasteur* (3).

Cette observation nous avait paru d'autant plus intéressante à publier que le pied de Madura n'avait été constaté que dans certaines contrées de l'Inde et que les cas isolés signalés en Amérique ou en Afrique étaient très rares et prêtaient à discussion au point de vue du diagnostic.

Nous terminions notre mémoire en exprimant le regret de n'avoir pas pu décider le malade à consentir au sacrifice de sa jambe, ce qui était le seul moyen de guérison que nous estimions rationnel, après les essais aussi variés qu'inefficaces que nous avions employés. Cette solution nous aurait permis également de compléter notre étude par l'examen histologique des lésions produites par le parasite.

Le malade, après un séjour de quatre ans à l'hôpital, retourna dans son pays natal, le Maroc, sans que son pied se fût modifié en bien ou en mal. Son état général s'était du reste conservé assez satisfaisant pendant toute cette période.

Au commencement de cette année, le Dr L. Raynaud, médecin adjoint à l'hôpital civil et chef de clinique médicale, au cours d'une mission scientifique, dont il avait été chargé par le gouverneur général

(1) Communication au III^e Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie.

(2) GÉMY et H. VINCENT. *Ann. de dermat. et de syphiligr.*, mai 1892.

(3) H. VINCENT. Étude sur le parasite du « Pied de Madura ». *Annales de l'Inst. Pasteur*, 25 mars 1894.

en Kabylie, rencontra l'indigène qui fait le sujet de cette seconde observation. Il avait eu l'occasion de suivre notre premier malade alors qu'il était interne à la clinique dermatologique et, à l'aspect du pied qui lui fut présenté, il n'hésita pas à porter le diagnostic de *pied de Madura*.

Sachant tout l'intérêt que nous portions à l'étude de cette maladie rare, notre distingué confrère, avec un empressement et un zèle dont nous lui sommes profondément reconnaissants, fit de pressantes et actives démarches auprès de l'administrateur de la commune mixte qu'habitait ce malade afin qu'il fût envoyé à la clinique dermatologique.

Ces démarches furent couronnées de succès et, le 20 avril 1896, le malade arrivait à l'hôpital de Mustapha.

Que M. le Dr L. Raynaud nous permette de lui adresser, ici, nos plus vifs remerciements.

I

OBSERVATION. — Ouaker Mohamed ben Boudjema, âgé de 36 ans (?), originaire de Agraradj (Tamgout) en Kabylie, où il exerce la profession de cultivateur, entre à la clinique dermatologique le 20 avril 1896.

Établissons tout d'abord qu'il est fort difficile d'obtenir des renseignements exacts des indigènes, aussi bien sur leur âge (ils n'ont pas d'état civil) que sur leurs antécédents pathologiques. Aussi ne donnons-nous le récit suivant qu'à titre de renseignement général.

Il est marié, sa femme et ses deux enfants se portent bien et il ne connaît aucun de ses compatriotes, dans la région qu'il habite et qu'il n'a jamais quittée, atteint d'une maladie semblable à celle qu'il nous présente.

Celle-ci a débuté il y a trois ou quatre ans par un bouton qui se serait développé au niveau de la partie moyenne de la face plantaire du premier métatarsien droit (c'est le même siège de début que dans la première observation); puis, successivement, d'autres boutons auraient fait leur apparition sur les parties environnantes, et le pied aurait pris, assez rapidement, le développement et l'aspect qu'il a aujourd'hui.

État actuel. — Le malade est très affaibli, il a un teint cachectique, son intelligence paraît assez bornée, ce qui rend son interrogatoire très pénible; il est affaissé et demeure accroupi sur son lit. Pas de stigmates sur le corps; rien qui rappelle la syphilis ou la scrofule, maladies si communes chez les Kabyles. Les viscères thoraciques et abdominaux ne présentent aucune particularité à noter. Une analyse complète des urines les classe comme normales.

Le pied droit, qui constitue tout l'intérêt de cette observation, ressemble absolument à un pied d'éléphant ainsi que les photographies le représentent.

Son développement exagéré, toujours comme dans notre première

observation, paraît avoir pour origine une hypertrophie considérable du derme avec lésion des articulations tibio-tarsienne et tarso-métatarsienne.

La face plantaire, surtout à la partie interne, présente de petites tumeurs de la dimension d'un pois, ouvertes et suppurantes, formant autant de trajets fistuleux. Quelques-uns de ces trajets se sont formés récemment ; d'autres plus anciens se sont vidés de leur contenu et fermés en laissant des cicatrices plus ou moins déprimées suivant leur âge. Les malléoles, le dos et la face externe du pied présentent ces mêmes petites tumeurs à diverses périodes de leur évolution.

Les deux tiers supérieurs de la jambe sont ou paraissent normaux, mais à leur union avec le tiers inférieur, existe une tumeur semblable aux autres, assez profondément ulcérée.

Toutes ces lésions laissent écouler une sérosité roussâtre ; en les pressant on en fait jaillir des *grains blanc jaunâtre* caractéristiques accompagnés tantôt (et le plus souvent) de pus, tantôt de sang.

La plupart des tumeurs sont à peu près indolores ; les autres, surtout les plus récentes, sont le siège d'une sensibilité assez vive. Sur quelques points on rencontre quelques-unes de ces tumeurs non encore ouvertes.

Le pied, mesuré à l'articulation tibio-tarsienne, donne 40 centimètres de tour et 32 au niveau de l'articulation tarso-métatarsienne alors que ces mêmes dimensions sont respectivement de 23 et 22 centimètres sur le pied gauche.

Les mesures étaient moindres dans notre première observation, aussi le pied que nous avons sous les yeux est-il manifestement plus volumineux que l'autre.

Lorsqu'on se livre à des manœuvres un peu répétées sur les petites tumeurs douloureuses, toute la partie du membre occupée par les lésions décrites est le siège d'une transpiration très abondante. Cette hyperhidrose avait été également notée dans notre première observation.

La peau de la région malade est brune, plus foncée que celle du côté sain. Il est difficile d'établir si cette coloration est pathologique ou causée simplement par les nombreux topiques qui ont dû être employés.

Tout le pied est dur, un peu élastique et présente quelques légers mouvements d'extension. Le malade, jusqu'au jour de l'amputation qui eut lieu le 1^{er} mai, fut soumis à un régime tonique et reconstituant.

Le Dr E. Vincent, professeur de pathologie externe à l'École de médecine et chirurgien à l'hôpital civil, qui voulut bien se charger de l'opération, nous a remis la note suivante relatant les quelques particularités intéressantes qu'il a rencontrées.

« L'amputation de la jambe a été faite au lieu d'élection par la méthode circulaire ; en raison de la disposition des lésions, il eût été impossible de tailler un lambeau externe.

À la coupe, les veines restent béantes, leurs parois semblent sclérosées, il est difficile de les distinguer des artères, d'autant plus qu'après l'enlèvement du tube d'Esmarch elles laissent échapper des jets de sang, aussi est-il nécessaire d'en lier plusieurs à la soie.

Après la section des muscles on s'aperçoit de l'existence d'un foyer dans l'épaisseur d'un des péroniers latéraux ; sur la coupe, le centre est cons-

titué par une zone d'apparence fibreuse d'où s'échappe, comme de l'orifice d'un canal, un amas de tissu jaunâtre dans lequel on constate facilement la présence des corps granuleux spécifiques de la lésion ; le muscle est disséqué jusqu'à ses insertions supérieures et enlevé en totalité.

On constate également un autre foyer sur la face postérieure et médiane de la cuisse, à quatre travers de doigt au-dessus de l'interligne articulaire du genou. Il apparaît sous la forme d'une ouverture grosse comme une tête d'épingle ; un stylet fin introduit par cet orifice montre que la peau est décollée sur une étendue de 6 centim ; une incision des téguments permet d'établir le trajet qui est exclusivement sous-cutané et contient un assez grand nombre de corpuscules spécifiques. Le foyer est soigneusement curetté, désinfecté et pansé à la gaze iodoformée. »

II

L'examen anatomo-pathologique du pied, après l'amputation, a donné les résultats consignés ci-après :

La surface cutanée du pied, dans sa région dorsale et dans les parties latérales est, comme nous l'avons vu, recouverte de nombreuses élevures molles et fluctuantes, en général arrondies, mesurant en moyenne un demi-centimètre de diamètre ; un certain nombre d'entre elles, résultant de la confluence de plusieurs pustules secondaires, sont plus volumineuses et plus saillantes, paraissent parfois s'être développées au voisinage immédiat d'une ancienne lésion qui s'est abcédée, vidée et cicatrisée. Beaucoup de ces saillies contiennent, en effet, un pus blanc jaunâtre ; celles qui se sont ouvertes spontanément présentent un aspect cratéri-forme ; la peau est décollée autour de l'orifice suppurant. En pressant autour de ces points, on fait sortir sans difficulté les *grains* caractéristiques, d'aspect arrondi, de couleur paille, de dimensions variables mais oscillant en général entre deux et trois millimètres de diamètre. Certains de ces grumeaux sont plus gros, et paraissent formés par l'agglomération de plusieurs grains plus petits. Ecrasés entre les doigts, ils offrent une consistance caséuse et un peu sèche. Leur aspect est en tout semblable à celui que présentaient les grains dans le premier cas de Pied de madura décrit par nous (1).

Les orifices qui ont donné spontanément ou non issue au pus mélangé des grains jaunâtres, correspondent à des pertuis fistuleux parfois profonds, à travers lesquels la sonde s'enfonce sans difficulté. *Elle peut pénétrer ainsi de plusieurs centimètres* aboutissant soit sur une surface fongueuse et molle, soit sur le périoste épaissi ou bien sur l'os partiellement dénudé.

La peau située dans l'intervalle des fistules est lisse, tendue, presque complètement glabre. Elle adhère fortement aux tissus sous-jacents et ne peut pas être plissée entre les doigts. On retrouve l'ensemble des mêmes lésions à la région plantaire, dont les papilles sont plus effacées qu'à l'état normal et dont les sillons normaux sont entièrement disparus. Les

(1) GÉMY et VINCENT. *Loc cit.*.

nodules ramollis ou fistuleux y sont également abondants. On en découvre quelques-uns à la surface plantaire du gros orteil, près de l'interligne métatarso-phalangienne au point où a débuté la maladie ; le troisième orteil présente aussi une localisation semblable.

En remontant sur les parties latérales du pied, en avant et en arrière des malléoles, on voit que les dépressions sont complètement comblées. Le pied est monstrueux, éléphantiasique, et la palpation ne permet plus d'y percevoir le squelette ni les différentes saillies tendineuses ; le doigt ne perçoit plus qu'un tissu induré, faiblement rénitent, qui ne garde pas cependant l'empreinte.

A la partie antéro-inférieure de la jambe existe le foyer ramolli, précédemment signalé, d'aspect violacé, dont la pression fait sourdre les grains constatés dans toute l'étendue du pied malade.

La section des tissus où le derme est ulcéré ou soulevé par des saillies fluctuantes, montre des cavités remplies par un pus jaunâtre ou de couleur citrine ; quelques-uns renferment, en plus ou moins grande abondance, du sang qui communique à la collection une teinte ocreuse ou rouge ; certains enfin contiennent du sang à peu près pur. Au milieu du pus, on aperçoit, en quantité parfois très grande, les petites boules d'aspect granuleux ou mûriforme. Elles ne se sont pas laissées teinter par le sang.

Dans certaines cavités, véritables cavernes creusées dans un tissu lardacé, il n'est pas rare d'observer les grains parasitaires sous forme de blocs volumineux, gros comme de petites noisettes. En les agitant dans l'eau ammoniacale, on les dissocie en grains nombreux plus petits et arrondis.

La production d'un abcès autour des éléments ci-dessus n'est pas constante ; parfois il n'existe qu'un tissu gélatineux ou colloïde dans lequel sont noyés les grains blanchâtres.

Le développement graduel du parasite irrite les tissus à son voisinage et détermine primitivement une zone de défense caractérisée par un nodule rouge, arrondi, dont la périphérie se confond peu à peu avec les parties voisines. C'est ultérieurement que les tissus, sous l'influence du streptothrix *Madurae* ou de micro-organismes pyogènes intervenus, ainsi que nous le verrons, à titre secondaire, passent à la suppuration.

A mesure que le couteau pénètre plus profondément dans le pied malade, on rencontre une induration et un épaississement considérable du chorion et du tissu cellulaire. Les tissus crient véritablement sous le scalpel, en certains points. A la région dorsale du pied, l'épaisseur de la peau et du derme atteint 10 et jusqu'à 12 et 13 millim. dans les intervalles compris entre les foyers d'évolution du parasite. Il s'écoule, dans la section, une certaine quantité de lymphé claire. Cet épaississement si remarquable est cependant moins prononcé à la région plantaire et aux faces latérales du pied ; on le retrouve, très marqué, dans la région rétro-malléolaire interne et aussi à la partie inférieure de la jambe.

Cette hypertrophie s'accompagne, comme il a été dit, d'une induration très grande, la peau et le tissu sous-jacent, étroitement soudés, offrent une consistance dure, fibreuse ; la coupe donne un aspect blanc, lardacé, parcouru par quelques stries grisâtres et analogue à ce qu'on observe

dans l'éléphantiasis. La différence capitale réside dans la dissémination, au milieu des tissus du pied de Madura, d'innombrables foyers suppurés ou non suppurés, tantôt arrondis, tantôt allongés en boyaux sinueux communiquant avec les foyers voisins ou avec d'autres plus éloignés, et renfermant les grains blanc jaunâtre. La coupe de ces grains à travers les tissus indurés et au début de leur phase de développement donne lieu à un aspect rameux, lobulé, semblable à celui que présenterait une portion de glande en grappe vue à un faible grossissement. Ces grains, même lorsqu'ils n'ont pas encore suscité autour d'eux de réaction irritative, n'adhèrent presque pas aux tissus dans lesquels ils sont enfouis. La section, même pratiquée avec précaution, les fait sortir en proportion abondante et, dans la profondeur des parties molles du pied, au voisinage immédiat du squelette du tarse, on en retrouve des quantités colossales : *il en surgit de partout*. Ils sont libres à travers le tissu cellulaire totalement désorganisé et méconnaissable.

La distinction des différents plans anatomiques qui constituent les parties molles de la région dorsale du pied est, du reste, à peu près impossible. Les muscles, les aponévroses, les nerfs, le tissu cellulo-conjonctif, se sont soudés et confondus en un tissu fibroïde et lardacé; on aperçoit cependant la coupe de vaisseaux béants à parois épaissies et indurées. Le muscle pédieux a presque disparu et n'est plus représenté que par quelques faisceaux musculaires, pâles et mous.

Les tendons extenseurs sont seuls conservés et reconnaissables, mais ankylosés et immobilisés dans leur gaine qui se confond étroitement avec les tissus environnants. La dissection du nerf est impossible.

La configuration anatomique redevient normale à la partie inférieure de la jambe; au-dessus du ligament annulaire antérieur du tarse, on retrouve, dans leurs séreuses, les tendons du jambier antérieur, de l'extenseur propre du gros orteil et des extenseurs communs; mais les fibres de l'extrémité inférieure de ces muscles sont pâles et molles. Les lésions qui précèdent sont donc limitées au pied; toutefois, la dissection de la région péronière montre, au niveau du tissu moyen et externe de la jambe, un foyer pathologique, identique à ceux du pied; l'infiltration paraît s'être faite dans la lumière même d'une veine volumineuse et dilatée.

La *région plantaire* du pied présente des altérations semblables à celles de la face antérieure ou dorsale. Même hypertrophie, quoique moins développée cependant, de la couche cellulo-adipeuse. On retrouve ici les foyers habituels, avec leurs amas de grumeaux jaune faible, tantôt libres dans des loges de tissu ramolli, tantôt noyés dans du pus jaunâtre ou blanchâtre plus ou moins abondant. Les grains infiltrent tout le tissu cellulaire. Les muscles plantaires sont dégénérés ou disparus. Le court fléchisseur plantaire est à peine reconnaissable à quelques fibres musculaires aberrantes et pâles. Le muscle du gros orteil, adducteur et court fléchisseur, sont seuls à peu près conservés. L'abducteur transverse du gros orteil, situé à la partie profonde de la région plantaire, est également assez apparent. Les autres muscles superficiels ou profonds sont presque totalement détruits, remplacés par un tissu celluleux jaune verdâtre ou violacé

silonné de foyers irréguliers remplis eux-mêmes de grains parasitaires. La sonde pénètre sans difficulté entre les métatarsiens *jusque dans la région dorsale qui communique largement avec la région plantaire* par l'intermédiaire de foyers suppurés.

Le pied étant dénudé de ses parties molles, on a pu étudier alors les lésions déterminées par la maladie sur le système nerveux.

Toutes les articulations médio-tarsiennes mais plus particulièrement l'articulation de l'astragale et du scaphoïde, celle du scaphoïde et du cuboïde, sont envahies, ouvertes ou disloquées par les pelotons du streptotrix qui a détruit ou dissocié les ligaments fibreux. On retrouve les grains blanc jaunâtre dans les espaces inter-métatarsiens, sous les malléoles, dans l'articulation astragalo-calcaneenne. Le parasite s'est implanté et développé à la surface des os, dans l'épaisseur de leur périoste. Ce dernier est partout considérablement hypertrophié et fait corps avec les tissus dégénérés du voisinage. Les surfaces cartilagineuses ont paru partout intactes, mais le cartilage est aminci et laisse voir, par transparence, des infiltrats hémorrhagiques dans la substance spongieuse des os du tarse. Le système osseux proprement dit est profondément atteint, beaucoup moins cependant par l'envahissement parasitaire direct et la nécrose que par une dégénérescence grasseuse de toute sa substance. Le premier et le cinquième métatarsiens sont volumineux, boursoufflés, semblables aux os atteints de *spina-ventosa*. Les autres métatarsiens sont plutôt amincis, atrophiés.

Tous les os présentent une *grande friabilité*. La coque osseuse diaphysaire des métatarsiens est réduite à une minceur extrême, semblable à celle du fémur des jeunes poulets. Elle se laisse entamer facilement par le couteau et renferme une moelle osseuse tantôt rouge, tantôt jaune et tachée de foyers hémorrhagiques. Nous n'avons trouvé cependant, en aucun point de la moelle osseuse, de nodules parasitaires. Ces derniers végètent exclusivement à la surface des os du tarse et du métatarse, dans et sous le périoste. Cependant le cuboïde et le scaphoïde, dont la périphérie est envahie par les productions de grains blancs, présentent çà et là de petits foyers où le streptothrix s'est développé, entamant peu à peu l'os et déterminant de petites cavernes ayant pour paroi, en partie le périoste considérablement épaissi, en partie l'os dégénéré, mou et grasseux.

L'astragale, le calcaneum, le cuboïde, sectionnés sans difficultés en différents points, sont atteints d'ostéite raréfiante, mais sans production suppurée. La cavité articulaire tibio-tarsienne a été envahie; les cartilages de cet article sont conservés, mais ils ont perdu leur transparence. L'épiphyse inférieure du tibia et celle du péroné, atteintes également d'ostéite raréfiante, sont friables et se laissent déprimer entre les doigts.

Tel est l'ensemble des lésions macroscopiques très remarquables qu'a offertes le nouveau cas de pied de Madura qu'il nous a été donné d'étudier.

III

Pour compléter ces recherches, on a eu recours à l'examen bactériologique. Les prises ont été faites quelques heures après l'amputation,

et les ensemencements ont porté sur les différentes parties paraissant dégénérées.

Dans un mémoire publié dans les *Annales de l'Institut Pasteur* (1), l'un de nous, à propos du premier cas dont il a été question, a isolé, cultivé et décrit le parasite jusqu'alors inconnu du pied de Madura (variété blanche de l'affection).

Ce nouveau germe présente les caractères fondamentaux suivants. C'est un microbe à filaments ténus, mesurant environ $1\ \mu$ à $1\ \mu\ 5$ d'épaisseur et formant des branches très longues et ramifiées. Le *streptothrix* *Maduræ* se développe d'une manière très médiocre dans le bouillon peptonisé ordinaire. Les milieux de cultures les plus favorables sont les infusions végétales, non neutralisées, de foin ou de paille (15 grammes pour 1000 d'eau), l'infusion stérilisée de pommes de terre, et celle de légumes. Il se développe bien à la surface de la pomme de terre et donne lieu, après un mois, à une culture rose ou rouge vif, qui peut devenir, à la longue, rouge foncé et présenter des reflets métalliques. Dans l'infusion de foin ou de pommes de terre, il forme de petites boules arrondies qui se déposent au fond du tube ; quelques-uns adhèrent à la paroi du tube, près de la surface du liquide et, au contact de l'air, prennent une coloration rose ou rouge.

Le développement dans les divers milieux les plus appropriés est toujours lent; on n'observe un commencement de multiplication qu'au bout de 6 à 12 jours. Les corpuscules blanc jaunâtre que l'on trouve, en abondance, dans les cratères et les pertuis fistuleux du pied de Madura, sont constitués tout entiers par le mycélium microbien et résultant de l'intrication des filaments ramifiés du streptothrix. Par l'ensemble de ses caractères, soit dans les tissus, soit dans le milieu de culture, le parasite du pied de Madura (variété blanche) est entièrement différent de l'actinomyose.

Il était donc intéressant de comparer aux précédents les résultats fournis par l'examen bactériologique du nouveau cas de pied de Madura que nous avons observé, et de voir si l'on avait affaire au même parasite.

Les grains jaune paille écrasés sur les lamelles et colorés successivement par l'éosine et le procédé de Gram nous ont montré, comme précédemment, des filaments ramifiés très grêles et extrêmement abondants, dont quelques-uns étaient pourvus, à l'une de leurs extrémités, de très petits renflements ramifiés ou en bouton, tels que ceux qu'on trouve dans les rameaux fructifères des microbes du genre streptothrix. Il n'existe aucune forme en crosse ou en massue. A un fort grossissement, et sur un grand nombre de points, les fila-

(1) H. VINCENT. *Loc. cit.*

ments paraissent formés de fines granulations d'inégal volume, constituant un pointillé très pâle, ou bien ressemblent à des chapellets de microcoques à éléments anormalement et irrégulièrement espacés. Ailleurs, le protoplasma mycélien est continu.

Ensemencés dans l'infusion de foin, l'infusion de pommes de terre et à la surface de la pomme de terre, les corpuscules du nouveau cas de maladie de Madura ont donné à partir du 15^e au 20^e jour, des cultures caractéristiques. Sur la pomme de terre, les grains ont également commencé à se multiplier vers le 18^e jour et la nouvelle culture est devenue progressivement rose, puis rouge vif; transportée sur la gélatine à la pomme de terre, sur l'agar glyco-glycériné et légèrement acide, le streptothrix s'est également comporté exactement comme le parasite que nous avons isolé dans le cas précédent.

Le pus des foyers suppurés, si nombreux dans le nouveau cas, a été également ensemencé sur gélose ou sur la gélatine en cultures sur plaques. Nous avons ainsi isolé, dans quelques-unes de ces pustules en même temps que le streptothrix, tantôt le staphylocoque blanc ou doré, tantôt le streptocoque. Les microbes pyogènes peuvent donc, à la faveur des excoriations cutanées, se développer secondairement dans certains foyers dus à la multiplication du streptothrix et donner lieu à des abcès. Mais un certain nombre d'abcès à pus franc, blanc jaunâtre, ne renfermaient aucun microbe tel que le staphylocoque ou le streptocoque; la culture a donné exclusivement le *streptothrix Madura*.

Il en résulte par conséquent que ce dernier microbe est *pyogène* et que, malgré l'intervention assez fréquente, à titre d'agents d'infection secondaire, des microbes de la suppuration, le streptothrix est aussi capable à lui seul de provoquer ces foyers ramollis et suppurants qui sont constants à une période avancée de la maladie.

IV

La connaissance géographique du pied de Madura s'étend de plus en plus et il est actuellement démontré que son domaine s'étend non seulement à l'Inde, mais encore en Italie, en Amérique et en Afrique.

Nos deux observations viennent à l'appui de l'opinion émise par Béranger-Féraud (1), que « le pied de Madura se rencontre dans tout le continent africain, depuis l'Atlantique jusqu'à le mer Rouge et la côte orientale ».

Le Dr Legrain, de Bougie, dans une communication orale nous a

(1) Cité par LE DANTEC. Étude bactériologique du « pied de Madura » du Sénégal (variété truffoïde). *Archives de médecine navale et coloniale*, 1894.

déclaré que, dans la région où il exerce, cette affection n'est pas très rare, il a même rencontré une *main de Madura*.

Il serait intéressant de connaître l'étiologie de cette maladie comme on connaît celle de l'actinomycose.

Le Dr Sabrazès, au *Congrès de médecine interne* de Bordeaux (1895), dans une communication sur « les parasites du genre streptothrix dans la pathologie humaine » constate que les « streptothrix sont largement représentés dans la flore microbienne de l'air et des eaux. Ceux qui interviennent dans la pathologie humaine et animale vivent sans doute en saprophytes dans le milieu extérieur où ils peuvent se développer sur des végétaux, des graines, des substances inertes. La nature de leur porte d'entrée semble jouer un rôle essentiel dans la fixation et l'adaptation parasitaires ».

Dans nos deux observations la lésion a débuté au même point vulnérable eu égard à la profession des malades qui travaillaient la terre. Il est donc légitime d'émettre l'hypothèse que c'est dans le sol que résident le ou les parasites de variétés de pied de Madura.

Les excoriations ou les traumatismes si fréquents chez les sujets qui marchent nu-pieds peuvent lui ouvrir une porte d'entrée facile. Mais malgré sa vraisemblance, cette hypothèse ne peut être émise qu'avec quelque réserve, car jusqu'ici ce microbe particulier n'a pas été rencontré soit dans la terre, soit à la surface des végétaux. Les inoculations ne peuvent être tentées, car, outre que l'affection n'a pas été observée chez les animaux, l'injection du streptothrix au lapin, au cobaye, au rat, etc..., reste toujours sans résultat.

En terminant nous constatons que le parasite ne se cantonne pas toujours exclusivement au point de pénétration ni dans la région environnante. Il peut parfois développer des foyers éloignés dans la jambe et jusque dans la cuisse, et emprunter dans sa marche la voie veineuse, ainsi que l'ont démontré les incidents de l'opération et l'examen anatomique du membre amputé.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 12 NOVEMBRE 1896

PRÉSIDENTE DE M. ERNEST BESNIER

SOMMAIRE. — A propos du procès-verbal : Rectification, par M. BRAULT, d'Alger. — Deuxième note sur un cas typique de lichen scrofulosorum, par MM. HALLOPEAU et BUREAU. — Deuxième note sur un mycosis fongoïde, par MM. HALLOPEAU et BUREAU. — Gangrène de la verge, par M. DU CASTEL. — Ecthyma térébrant de la verge, par MM. J. DARIER et CHAILLOUS. (Discussion : MM. DU CASTEL, DARIER, WICKHAM.) — Gangrène spontanée de la verge, par M. FOURNIER. — Un cas d'acanthosis nigricans, par MM. TENNESON et LEREDDE. (Discussion : MM. DARIER, HALLOPEAU, BROCC, TENNESON, LEREDDE, JACQUET.) — Mélanodermie. Maladie d'Addison ou acanthosis nigricans, par M. DU CASTEL. (Discussion : MM. DARIER, JACQUET.) — Pemphigus et maladie de Dühring avec troubles nerveux et arthropathiques, par MM. GAUCHER et GASTOU. — De l'origine myélopathique des pemphigus, par M. GASTOU. (Discussion : MM. LEREDDE et GASTOU.) — Hérédo-syphilis. Lésions fessières de nature indéterminée, par M. DU CASTEL. (Discussion : MM. JACQUET, FOURNIER, FEULARD, BESNIER, WICKHAM.) — Nævus acnéique unilatéral en bandes et en plaques (nævus à comédons), par M. G. THIBIERGE. — Un cas d'urticaire pigmentée, par MM. DUBRISAY et G. THIBIERGE. — Collodion à l'huile de cade, par M. E. GAUCHER. (Discussion : M. BESNIER.) — Sur un lichen plan limité à la muqueuse buccale, par MM. HALLOPEAU et SCHREDER. (Discussion : MM. FOURNIER, HALLOPEAU, WICKHAM.) — Sur un nouveau cas de l'affection dite folliclis et ses rapports possibles avec la tuberculose, par MM. HALLOPEAU et BUREAU. — Filaire de Médine, par M. PERRIN, de Marseille. — Traitement du furoncle au début par les scarifications, par M. L. DUMONT. — Note sur le traitement du psoriasis par les injections de calomel, par A. BERTARELLI, de Milan. — Sur un mode non décrit d'intoxication arsenicale par M. A. VÉRITÉ. — Arthropathies syphilitiques, par M. DANLOS. — Érythrodermie exfoliante de nature probablement mycosique, par MM. DANLOS et LEREDDE. (Discussion : M. HALLOPEAU.)

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

Rectification par M. Brault

A la page 493, ligne 15, des comptes rendus de la dernière séance, ce n'est pas « un mois » qu'il faut lire, mais « un an ».

Deuxième note sur un cas typique de lichen scrofulosorum.

Par MM. H. HALLOPEAU et G. BUREAU.

Le 2 juillet 1896, un fragment long de 1 centim. environ et large de 3 ou 4 millim., a été détaché de la peau du tronc, en un endroit où les lésions étaient très confluentes. M. Laffite, qui a bien voulu se charger de l'inoculation, a *longuement broyé* ce fragment dans un mortier en présence d'un peu d'eau bouillie, et le tout a été porté, à l'aide d'une seringue à injection, dans le péritoine d'un cobaye adulte (environ 3 c.c. de liquide).

Aujourd'hui, 10 novembre, 131 jours après cette inoculation, le cobaye est gros et dans un état de santé excellent. Il n'y a aucune lésion des téguments abdominaux à l'endroit de l'injection du liquide, aucune lésion ganglionnaire appréciable au toucher.

11 novembre 1896.— L'animal est tué par le chloroforme. L'autopsie ne révèle aucune lésion visible; la pulpe de la rate, examinée sur lamelles, ne présente aucune trace du bacille de Koch.

Ce résultat négatif est conforme à celui qu'ont obtenu tous les expérimentateurs, et particulièrement, dans ces derniers temps, M. Jadassohn.

Il vient confirmer la manière de voir exprimée récemment par l'un de nous au Congrès de Londres relativement à la cause prochaine de cette éruption : *tuberculeuse, elle n'est pas engendrée directement par des bacilles émigrés dans les glandes pilo-sébacées; mais bien par des toxines émanées de foyers développés dans d'autres organes, tels que des ganglions, des os ou le poumon; le lichen scrofulosorum mérite ainsi d'être rapproché des folliculites avec lesquelles il coïncide souvent.*

Deuxième note sur un mycosis fongoïde (poussées érythémateuses, oedémateuses, bulleuses et suppuratives, gangrène, endo-péricardite).

Par MM. H. HALLOPEAU et G. BUREAU.

De nombreux changements sont survenus dans l'état de la femme atteinte de mycosis fongoïde que nous avons présentée à la dernière séance de la Société.

Vers le milieu de juillet, cette malade est prise de fièvre, sa température monte à 39°,5; il survient quelques vomissements avec anorexie et céphalalgie intense. En même temps, la jambe droite se tuméfie dans toute son étendue, la peau y devient rouge, chaude et tendue; cette altération simule un érysipèle; elle en diffère, en ce qu'il n'y a pas de bourrelet marginal, et que, dès le début, la lésion atteint son apogée sans devenir envahis-

sante les jours suivants. Cet état dure cinq à six jours, puis tout rentre dans l'ordre, et même, à la suite, la grande plaque qui se trouvait à la face interne de la jambe s'affaisse et finit par disparaître complètement, laissant simplement à sa place une large macule brunâtre.

Dans les premiers jours du mois d'août, une des petites tumeurs qui se trouvent sur le côté gauche de l'abdomen, au-dessus du pli inguinal, se met à proliférer d'une façon intense; elle augmente rapidement de volume et prend la forme d'un champignon.

État de la malade, au 1^{er} octobre. — D'une façon générale, les lésions sont devenues beaucoup plus végétantes. Elles tendent à former des tumeurs, surtout, au niveau de la nuque près des cheveux, sur le pubis, dans les aisselles, aux plis inguinaux. La petite tumeur qui s'était développée près de la commissure labiale gauche, peu de jours après l'arrivée de la malade à l'hôpital, a pris maintenant un volume considérable: elle se présente sous l'aspect d'un bourrelet rougeâtre et surélevé, de 2 centim. de large, entourant la commissure gauche et s'étendant sur les bords des lèvres jusqu'à 3 centim. de la commissure.

La tumeur située sur le côté gauche de l'abdomen est devenue énorme. Elle forme une masse arrondie ou légèrement ovalaire, mesurant 10 centim. de diamètre et saillante de 3 centim. au-dessus de la peau saine. Sa forme est celle d'un large gâteau, dont la surface aplatie est ulcérée sur toute son étendue, sauf sur le pourtour où persiste encore un léger rebord de peau saine. Cette surface ulcérée est gangrenée au centre, de couleur gris noirâtre et l'on y aperçoit des débris, des filaments de tissu sphacélé. Ce gros gâteau, limité à sa périphérie par un bourrelet qui a progressé suivant le mode indiqué par l'un de nous et Phulpin (1), est développé dans l'épaisseur même de la peau et n'envahit pas les plans profonds sur lesquels il est très facile de le faire mouvoir.

La plaque qui existait au côté interne de la jambe droite n'existe plus actuellement, mais on voit, sur la face externe de la même jambe, un large bourrelet en forme de fer à cheval surélevé, de couleur rouge violacé et au niveau duquel le derme est très épaissi.

Sur les bras persistent toujours des lésions d'aspect eczématoïdiforme.

Depuis quelques jours, il se développe, au niveau des mains et des avant-bras, des soulèvements bulleux. Cette éruption bulleuse va en augmentant les jours suivants et, le 8 octobre, survient une poussée aiguë.

Les bulles augmentent de nombre et deviennent de plus en plus confluentes; la température s'élève progressivement pour atteindre 40° le 10 octobre au soir. L'état général, qui jusque-là, était resté bon s'altère, la céphalalgie est intense; la langue est sale et saburrale; il se produit quelques légers frissons et un peu de diarrhée.

L'éruption de bulles est surtout accentuée sur les membres; sur le tronc, les éléments sont beaucoup moins nombreux. On voit des bulles à toutes les périodes de leur évolution; les plus petites contiennent un liquide séreux ou légèrement louche; les plus grosses sont franchement purulentes; cependant on aperçoit quelques grosses bulles à contenu

(1) HALLOPEAU et PHULPIN. *Soc. de dermat.*, 1893, p.489.

séro-sanguin. Cette poussée bulleuse a complètement modifié l'aspect des lésions existant précédemment. Sur les bras, on voit actuellement de larges surfaces rouges au niveau desquelles l'épiderme paraît aminci et se soulève de place en place pour donner naissance à de petites bulles purulentes. Quelques-unes de ces bulles rompues laissent des surfaces ulcérées et saignantes; d'autres, au contraire, se recouvrent d'une petite croûte jaunâtre; par endroits, notamment près des coudes, on trouve, à l'apériphérie des plaques, de véritables ecchymoses; au niveau des mains, dans les espaces interdigitaux, les bulles se réunissent de façon à former de vastes soulèvements épidermiques purulents qui, après leur rupture, laissent à nu de larges surfaces rouges, ulcérées, et dont le pourtour est formé par un soulèvement de l'épiderme d'aspect pemphigoiïde.

Les extrémités inférieures sont actuellement à peu près indemnes; au niveau des cous-de-pied l'on aperçoit quelques bulles; les lésions sont, au contraire, intenses sur les genoux et les cuisses; elles y revêtent à peu près le même aspect que sur les bras. Sur un fond rouge, érythémateux, se développent d'innombrables soulèvements épidermiques remplis de pus et groupés sans ordre; à côté, on aperçoit des ulcérations à fond rouge consécutives à la rupture de ces bulles.

Rien à la face ni dans la bouche.

20 octobre. La poussée bulleuse aiguë semble être sur le point de se terminer; il n'existe plus que quelques soulèvements bulleux au niveau des mains et dans les espaces interdigitaux. La température, qui se maintenait aux environs de 39°, ne monte plus maintenant le soir qu'à 38°, et il y a apyrexie le matin. En dehors des mains, les lésions sont complètement sèches; elles dessinent, sur la peau saine, de grands placards, en forme de cartes de géographie, à contours extrêmement irréguliers; leurs bords sont formés par un soulèvement de l'épiderme; leur fond est d'une couleur rouge plus ou moins foncé; il semble y avoir, à leur niveau, une augmentation des plis naturels de la peau qui s'entre-croisent sous différents sens, et l'on y constate une légère desquamation furfuracée.

Ces lésions sont surtout accentuées sur les bras; sur le corps elles sont plus atténuées, bien qu'il ne reste que peu d'intervalles de peau saine.

Au niveau des membres inférieurs, il persiste encore des bulles, notamment sur les pieds où les lésions paraissent encore en pleine période d'activité; on y voit à la fois des soulèvements purulents, des croûtes et des surfaces sèches.

La grosse tumeur du côté gauche de l'abdomen présente le même volume; son centre est toujours sphacélé, son bourrelet périphérique plus rouge, plus bourgeonnant. L'aspect de cette tumeur avec sa partie centrale noire, sphacelée, rappelle un peu l'aspect d'une tomate farcie ou d'un fond d'artichaut. Avec une pince, on parvient à enlever toute la partie centrale gangrenée, et l'on voit que le centre de la tumeur est profondément excavé et formé de bourgeons que recouvre un détritus grisâtre.

Durant toute la période de la poussée bulleuse aiguë, le prurit avait complètement cessé; depuis que l'état général s'améliore, il reparait aussi intense que précédemment.

Du côté du cœur, on perçoit, à l'auscultation, un rythme à trois temps

dont le maximum d'intensité paraît être à la partie moyenne du sternum et qui est dû à un bruit surajouté post-systolique, ayant les caractères d'un frottement.

Les signes stéthoscopiques n'augmentent pas lorsque l'on fait asseoir la malade. A la pointe on entend un souffle nettement systolique. On peut conclure, de ces phénomènes, à l'existence probable d'une endo-péricardite. Cette lésion du cœur est récente d'origine; elle n'existait pas lors de l'entrée de la malade à l'hôpital.

Les pieds sont le siège d'un œdème assez considérable qui remonte jusqu'à la partie moyenne des jambes.

Rien du côté des urines.

Le 25. La malade présente toujours de la fièvre le soir; une nouvelle poussée bulleuse est survenue sur les mains et au niveau des paupières, celles-ci ayant été probablement contaminées par celles-là. La tumeur de la commissure labiale est ulcérée, suintante, saignante et recouverte par places de croûtes jaunâtres.

5 novembre. Les lésions sont sèches partout; les paupières sont à peu près guéries; la tumeur labiale s'est beaucoup affaissée; la bras gauche a présenté de l'œdème pendant deux jours; actuellement la main droite est très œdématisée. Malgré la très grande amélioration, la température reste élevée tous les soirs.

Le 11. La fièvre persiste avec exaspération vespérale à 39°,5. L'éruption en plaques sèches, infiltrées et squameuses occupe actuellement la plus grande partie de la surface du corps. A la paume des mains, on voit encore quelques soulèvements bulleux, purulents, et à côté d'eux, des surfaces desquamées, limitées par un rebord où l'épiderme est décollé.

Une grand nombre de tumeurs commencent à rétrocéder; cependant quelques-unes s'ulcèrent à leur partie centrale: il en est ainsi du bourrelet de la jambe droite.

La grande masse abdominale mesure 13 centim. sur 9 et demi; ses contours sont toujours d'une remarquable netteté; le bourrelet qui les constitue se renverse sur les parties saines.

On y voit encore des points noirs, sphacelés, recouverts de détritux putrilagineux.

Parmi les phénomènes nouveaux qui se sont produits chez cette malade, nous insisterons plus particulièrement sur les *poussées érythémateuses* ou *œdémateuses locales*, sur la *gangrène massive* de l'une des *tumeurs*, sur les *éruptions bulleuses et suppuratives* qui se sont produites et sur la *complication cardiaque*. La première poussée érysipélatoïde, limitée à la jambe droite, et dans laquelle la rougeur érythémateuse s'est accompagnée d'une notable tuméfaction, a provoqué une réaction fébrile intense: selon toute vraisemblance, il faut en rapprocher les œdèmes localisés qui se sont manifestés d'une manière passagère au niveau du bras gauche et de la main droite; il s'agit, sans aucun doute, de poussées mycosiques, mais les éléments infectieux paraissent n'y avoir eu qu'une durée éphémère, car ces

altérations ont disparu spontanément en peu de jours, sans laisser de traces : ici encore on peut donc invoquer avec vraisemblance l'intervention de *toxines*.

Il en est sans doute de même pour les éruptions bulleuses et suppuratives qui se sont succédé pendant plusieurs semaines chez cette femme : elles ont été remarquables par leur dissémination, par leur localisation qui s'est faite exceptionnellement sur des surfaces mycosiques, plus souvent sur des parties saines, par leur tendance à envahir symétriquement les mêmes régions, par l'altération étrange qu'elles ont momentanément donnée à la physionomie en envahissant simultanément les deux paupières supérieures qui devinrent le siège de croûtes étendues transversalement dans toute l'étendue de leur longueur et dont la tuméfaction amena l'occlusion partielle. Ces éruptions bulleuses ne sont pas exceptionnelles dans le mycosis : l'un de nous a déjà eu l'occasion d'en publier plusieurs cas ; l'un des plus remarquables est celui que nous avons eu l'honneur de présenter à la Société dans sa séance du 10 avril dernier ; dans presque tous ces faits, des poussées bulleuses se sont manifestées concurremment avec des altérations ulcéreuses des tumeurs mycosiques ; y a-t-il là une simple coïncidence ? Ou les poussées bulleuses ne sont-elles pas plutôt provoquées par la résorption de matériaux infectieux développés au niveau de ces ulcérations ? Cette dernière interprétation nous paraît la plus plausible ; il ne s'agirait pas en tout cas de produits banals de la putréfaction, car les éruptions qui se produisent sous cette influence sont primitivement pustuleuses et non bulleuses ; on peut admettre avec une grande vraisemblance qu'il s'agit de toxines mycosiques associées aux produits de la suppuration et de la gangrène. Pour ce qui est des suppurations secondaires des bulles, on doit, selon toute vraisemblance, les rapporter à l'intervention des microbes pyogènes dont M. Laffite a constaté la présence dans le pus de ces éléments.

Le foyer gangréneux avait chez cette malade une puissance exceptionnelle d'infection secondaire : la masse sphacélée que nous avons enlevée dépassait le volume d'une grosse noix : elle était restée pendant nombre de jours adhérente à la surface ulcérée qu'elle imprégnait de ses produits.

Cette gangrène massive a déjà été notée plusieurs fois, particulièrement par l'un de nous qui l'a rapportée à des thromboses des petits vaisseaux. On peut remarquer que, chez cette malade, l'élimination de l'énorme masse gangrénée n'a pas marqué la fin du processus nécrobiotique : actuellement encore, la partie centrale de l'ulcération est occupée par un détrit grisâtre de nature gangréneuse et l'on voit des eschares sur le bourrelet qui constitue la zone d'accroissement.

Cette altération donne lieu à une grave altération de la santé générale, non seulement par la perte incessante de matériaux qu'elle

occasionne, mais aussi par la réaction fébrile persistante et intense qu'elle provoque; la cachexie qui en résulte peut contribuer à expliquer l'œdème actuellement persistant des membres inférieurs, mais elle n'en est pas la seule cause: nous avons constaté, en effet, les signes physiques d'une endo-péricardite; il en n'existait pas lors de notre premier examen; il s'agit donc d'une altération secondaire dont on peut rapporter l'origine à l'intoxication mycosique et gangréneuse.

Nous résumerons ainsi qu'il suit les conclusions de ce travail:

1° Il peut survenir, dans le cours du mycosis fongoïde, des poussées aiguës caractérisées par la rougeur érysipélateoïde avec tuméfaction d'une surface limitée: elles diffèrent d'un érysipèle par l'absence du rebord périphérique ainsi que par le défaut de tendance à l'extension;

2° Des poussées exclusivement œdémateuses peuvent se produire dans les mêmes conditions;

3° On peut rapporter avec vraisemblance ces poussées, en raison de leur durée éphémère, à l'action de toxines mycosiques;

4° Il en est de même des poussées bulleuses qui surviennent dans le cours de cette maladie et sont remarquables par leur disposition symétrique ainsi que par l'absence habituelle de lésions mycosiques dans les parties qu'elles envahissent;

5° La transformation purulente du liquide de ces bulles doit être attribuée à l'intervention de banals microbes pyogènes;

6° Ces poussées bulleuses s'observent surtout dans les cas où les tumeurs s'ulcèrent;

7° Le sphacèle des tumeurs peut atteindre d'énormes proportions et devenir ainsi une source redoutable d'infection secondaire;

8° L'endocardie peut devenir le siège d'altérations secondaires sous l'influence probablement indirecte, par toxines, de l'infectieux mycosique.

Gangrène de la verge.

Par M. DU CASTEL.

Alexandre D..., ciseleur, 52 ans, entré le 4 novembre 1896 à l'hôpital Saint-Louis, salle Bichat, n° 14.

Antécédents héréditaires. — Mère morte à 32 ans, d'une maladie de poitrine (18 mois de maladie).

Père mort à 63 ans, d'une congestion cérébrale.

Un frère et une sœur morts jeunes.

Antécédents personnels. — A 17 ans, il fut soigné par M. Cazenave (salle

Napoléon) pour un « *lichen aigu généralisé* », guéri en sept semaines par bains d'amidon et tisane rafraîchissante.

A l'âge de 20 ans, le malade eut un *chancre* qui fut soigné en ville, il eut des *plaques muqueuses, de la roséole* (durée 6 à 7 mois).

Depuis rien du tout.

A 30 ans, il se maria, il eut 14 enfants, 9 sont morts, les sept premiers à la suite vers 3 à 4 ans, de méningite simple ou tuberculeuse ; jamais d'éruption ; puis une fille qui a maintenant 13 ans, et depuis cette enfant, deux autres sont morts et quatre sont vivants.

Début. — Depuis deux ans, le malade a des *ulcérations de jambes* qui guérissent seules par le repos et des soins de propreté.

Mais ces ulcères se répétaient constamment. Ils ont laissé des cicatrices pigmentées, surtout au pourtour et dans une certaine étendue ; formant ainsi une plaque de pigmentation, au milieu de laquelle est la partie cicatricielle.

Vers le commencement de juin dernier, la verge commença à être malade, à ce moment le malade souffrait dans l'aine du côté gauche et dans le testicule (les ulcères des jambes étaient toujours en activité).

Le malade s'aperçoit à ce moment qu'il ne pouvait plus décalotter ; le malade affirme n'avoir pas vu d'autre femme que la sienne, qui, dit-il, n'est pas coureuse.

Vers la deuxième moitié de juillet, le malade vint à la consultation de Saint-Louis, un samedi matin ; il avait encore des ulcères aux jambes, mais il venait consulter pour les douleurs de l'aine et de la verge.

On lui donne des pilules de protoiodure Hg., de la solution iodurée, du gargarisme au chlorate de potasse et de l'emplâtre de Vigo, pour les plaies.

Au commencement d'août, le malade partit pour l'Angleterre. Il alla consulter à Londres le Dr Clarke, Gérard Street, à ce moment le prépuce ne pouvait pas décalotter ; de plus il s'écoulait entre le prépuce et le gland du pus fétide, le Dr Clarke lui donna à prendre de l'iodure de mercure. Mais le malade n'allant pas mieux, on le fit entrer à l'hôpital de Charing Cross ; on lui enleva le prépuce au chloroforme.

Au bout de cinq jours, il sortit de l'hôpital ; à ce moment le gland était dans l'état où il est maintenant ; recouvert de pus, par endroit noirâtre et gélatineux.

Les douleurs de l'aine gauche continuaient, et souvent l'empêchèrent de dormir ; les douleurs se calmaient quand le malade était debout.

Il revint en France, le 1^{er} novembre, parce qu'il n'allait toujours pas mieux, le mercredi 4 novembre, il vint à la consultation et entre dans notre service.

Depuis qu'il est malade, notre homme a maigri, est fatigué, il est essouffé quand il monte les escaliers.

État actuel. — Homme pâle, amaigri, teinte jaune bistre.

La verge présente au niveau du gland, une ulcération anfractueuse, recouverte d'une sécrétion purulente masquant le fond ; à la partie supérieure, il y a une surface lisse, régulière, recouverte d'une sérosité sanguinolente brouillée. La partie anfractueuse correspond au méat, qu'on ne distingue plus ; l'urine sort par le fond de l'anfractuosité.

Les bords de la partie plane sont résistants ; du côté de l'ulcération, ils sont surélevés ; du côté de la peau, il n'y a pas grande modification, pas de granulation, le bord est uni, régulier.

Du côté de la cavité anfractueuse, le bord tombe à pic dans le cratère, et se continue d'autre part sur la peau sans modification ; en un point pourtant, il y a un petit morceau charnu qui avance et surplombe l'ulcération. Enfin vers la partie inférieure, il y a une plaque unie, noirâtre, gangréneuse.

La verge présente une infiltration diffuse, dure, résistante, se terminant vers la base par une bague surélevée ; l'infiltration n'existe pas à la partie inférieure qui est souple.

Les ganglions inguinaux sont pris des deux côtés, ils sont petits et durs.

Aux jambes on constate les cicatrices des ulcères.

Hémorroïdes qui existent depuis quatre à cinq ans et saignent assez souvent ; à l'examen on voit une saillie hémorroïdale externe.

Aux bras, cicatrice déprimée, datant du moment où le malade avait ses premiers accidents syphilitiques.

Poitrine. — Quelques râles de bronchite, disséminés.

Cœur. — Battements un peu irréguliers ; pouls lent, 45 pulsations à la minute, irrégulières.

Urine. — Normale, ni albumine, ni sucre.

Le malade a fait quelques excès d'alcool.

(Observation recueillie par M. GARNIER, interne de service.)

Si j'intitule l'affection en présence de laquelle nous nous trouvons affection gangréneuse du gland, c'est qu'au moment de l'entrée du malade à l'hôpital, il y avait près du bord gauche de l'ulcération une petite plaque gangréneuse aujourd'hui détachée. A première vue, en apercevant cette lésion si profondément destructive et à évolution relativement lente, je m'étais demandé si nous étions en présence d'un épithéliome ou d'une lésion inflammatoire ulcéreuse. J'ai abandonné la première opinion : les bords ont sur une grande étendue une régularité de forme, une absence de grains épithéliaux qui me semble exclure cette hypothèse ; la surface de l'ulcération n'a pas cet aspect irrégulier, bourgeonnant, saignant qui appartient aux ulcérations épithéliomateuses. Il ne s'agit pas de gommès syphilitiques. Notre malade ne s'est jamais connu de syphilis ; ce n'est pas une raison absolue de rejeter l'hypothèse de gommès puisqu'il existe des syphilis ignorées ; mais c'est tout au moins une présomption. La lésion commence par une ulcération superficielle comme on peut le voir à la partie supérieure, processus qui ne rappelle en rien le processus de la gomme syphilitique.

Faut-il admettre l'existence de chancres simples au début de la maladie ? Je ferai remarquer qu'autour de l'ulcération principale on

ne rencontre pas d'ulcérations plus petites comme le fait s'observe ordinairement en cas de chancres simples. Je n'ai pas fait d'inoculation expérimentale pour éclairer le diagnostic ; j'avoue que je n'aime pas cette méthode de diagnostic en cas d'affection gangréneuse : je crains d'inoculer au malade des substances toxiques dont je ne connais pas la nature, dont j'ignore et je redoute les effets. La recherche du bacille de Ducrey pourrait peut-être nous donner quelque renseignement : mais l'absence de ce bacille ne voudrait rien dire, car la gangrène fait (on le sait depuis longtemps) perdre au chancre simple sa virulence et probablement aussi son bacille caractéristique.

Je ne parle pas de l'affection furonculaire de notre collègue Mauriac ; elle débute dans le sillon balano-préputial ; ici celui-ci est intact.

Tout ce que je puis dire, c'est que nous sommes ici en présence d'une affection gangréneuse et qu'il nous est impossible d'en établir le point de départ.

Ecthyma térébrant de la verge.

Par J. DARIER et M. CHAILLOUS.

Le nommé Jules L..., âgé de 20 ans, fumiste, entre salle Devergie, le 13 octobre 1896, pour des lésions ulcéreuses de la verge.

Le prépuce est tuméfié, rouge, un peu douloureux ; lorsqu'on le rétracte, ce qui ne se fait pas sans un peu de difficulté, on découvre sur le gland, sous le pus qui s'écoule et dont on le débarrasse par un lavage, une série de lésions ulcéreuses situées pour la plupart à la face supérieure près de la base. L'une d'entre elles entame la couronne et déborde même sur le sillon balano-préputial ; une autre, assez creuse également, se voit à gauche du frein. Enfin sur le fourreau de la verge, à la face inférieure nous apercevons une macule rouge, ovale, et une érosion de même forme, à bords très nettement dessinés, mais très superficielle et entamant à peine l'épiderme.

Les lésions, au nombre total d'une dizaine, sont donc les unes des érosions, les autres des ulcérations véritables ; leur forme est ou ronde ou plus souvent ovale, à grand diamètre variant entre cinq et dix millimètres environ. Toutes ont une couleur d'un gris verdâtre qu'elles doivent au pus qui recouvre leur surface ; leurs bords, nettement dessinés et nullement sinueux, sont en pente douce, taillés comme à l'évidoir, sauf pour deux d'entre elles (celle qui entame la couronne et celle qui avoisine le frein) dont les bords sont à pic, et dont le fond est plus creux. Un mince liseré rouge les entoure. Celles qui sont superficielles se laissent déterger et présentent alors une surface lisse et rouge. Dans l'intervalle des lésions la muqueuse est un peu congestionnée ; la base des érosions présente une

induration légère, diffuse, œdémateuse. Il y a quelques douleurs spontanées que la pression exaspère.

Dans les deux aines existent des ganglions volumineux, durs, peu douloureux; dans l'aine gauche l'un d'eux, plus gros que les autres, a les dimensions d'une forte amande.

De quelle nature étaient ces lésions? Leur aspect objectif ne suggérant pas d'emblée un diagnostic satisfaisant, il fallait peser le pour et le contre des diverses hypothèses que l'on peut faire en présence d'érosions et d'ulcérations de cette région, et interroger avec soin les antécédents du malade.

Bien que ce jeune homme soit de constitution plutôt faible il est bien portant et ne présente aucun antécédent héréditaire digne d'être noté.

Jamais il n'a eu de lésions semblables, ni de poussées d'herpès, ni de chancres mous. Il n'a pas eu la syphilis, ou tout au moins on n'en trouve aucune trace sur lui et l'interrogatoire ne révèle rien qui puisse être considéré comme spécifique. Il ne présente aucun stigmate de syphilis héréditaire, nulle trace de tuberculose.

Dans les bourses on découvre des deux côtés des noyaux durs, siégeant, à droite, à la tête et à la queue de l'épididyme, à gauche, à la queue de l'épididyme seulement; ils font corps avec l'organe et sont indolents; les canaux déferents sont de consistance normale et sans irrégularité au palper; la prostate n'est ni douloureuse, ni volumineuse, ni bosselée. Quoiqu'un de nos maîtres, qui a examiné le malade, nous ait suggéré qu'il pouvait s'agir de nodules tuberculeux, il nous paraît que les renseignements fournis par le malade peuvent faire admettre une autre interprétation; il y a deux ans, au cours d'une blennorrhagie qui a duré plusieurs mois, il aurait eu une orchite droite survenue sans cause occasionnelle et peu après une orchite gauche à la suite d'un coup de pied.

Quant aux lésions actuelles de la verge et du gland, leur début remonte à quinze jours; elles se sont produites à peu près simultanément et auraient apparu sous forme de taches rouges qui sont ulcérées à leur centre et ont grandi après. S'il y a eu contagion, la date ne peut en être déterminée en raison du manque absolu de fixité que notre malade apporte dans ses relations génitales.

En somme, rien ne ressemblait moins à de l'herpès que ces grandes érosions ovalaires, purulentes, ulcéreuses pour quelques-unes et datant de quinze jours. Contre l'hypothèse de chancres indurés multiples, plaidaient la suppuration abondante, la douleur, le caractère diffus de l'induration; il était extrêmement peu probable qu'on eut affaire à des syphilitides secondaires; les chancres simples sont par essence nécessairement ulcéreux, ont des bords à pic, un fond tourmenté dès que leur dimension est un peu notable — quelques-unes de ces érosions du gland et du fourreau ne pouvaient pas être des chancres mous. Nous portons donc le diagnostic de lésions pyodermiques dues à une infection banale, d'ecthyma ou impétigo du gland en d'autres termes.

Le malade ayant été laissé en observation avec de simples soins de propreté, on constate deux jours après, le 15 octobre, que les lésions ne se sont pas étendues ni multipliées mais qu'elles ont manifestement gagné

en profondeur; en raison de ce caractère térébrant leur apparence se rapproche maintenant à un haut degré de celui de chancres simples. Une inoculation faite au bras gauche avec le pus du fond d'une ulcération donne cependant un résultat négatif.

Pendant quelques jours encore les lésions semblent vouloir prendre une marche térébrante; deux nouvelles inoculations pratiquées le 20 octobre restent absolument sans résultat.

Il n'a malheureusement pas été fait d'examen bactériologique et de cultures mais l'évolution ultérieure est venue démontrer clairement, croyons-nous, qu'aucun des virus spécifiques, ni celui de la syphilis, ni le bacille du chancre mou, ni, comme on l'a supposé, le bacille de Koch, n'étaient ici en jeu. En effet à partir du 20 octobre, sous l'influence de simples pansements à la poudre d'iodoforme, les ulcérations ont commencé à se déterger, leur fond a bourgeonné, les érosions se sont recouvertes d'épiderme avec une rapidité surprenante. Le malade a quitté le service le 4 novembre, avant que la cicatrisation fut absolument complète, mais alors qu'elle était tout à fait imminente.

En résumé, cette observation montre qu'on peut observer à la verge et sur le gland des érosions suppuratives, susceptibles de prendre au plus haut degré l'aspect des chancres simples, mais qui ne sont pas auto-inoculables, qui guérissent très facilement avec un pansement simple et qui sont selon toute apparence des lésions de pyococcie ou en d'autres termes des impétigos ou ecthymas térébrants à localisation anormale.

M. DU CASTEL. — La question du chancre simple malgré les nombreux travaux élaborés à ce sujet, demeure une des plus obscures.

Lorsque M. Darier m'a présenté son malade, il y a quelques jours, les caractères étaient si nettement ceux du chancre simple qu'on devait porter le diagnostic de chancres simples, et cela sans discussion. Or les inoculations n'ont pas été positives.

Je crois qu'un jour viendra, où l'on sera amené à diviser ce que nous connaissons comme chancre simple, en plusieurs variétés.

M. Darier fait de cette lésion de l'ecthyma parce que l'inoculation n'a rien donné, mais alors on peut se demander si l'opération n'a pas été entachée de quelque erreur, car on aurait pu obtenir au moins une inoculation d'ecthyma, l'ecthyma étant inoculable si l'on s'en rapporte aux anciennes expériences de Vidal.

M. DARIER. — Les travaux de M. Ducrey et de M. Unna ont établi nettement que le chancre simple reconnaissait pour cause un microbe spécial spécifique. Il ne semble donc pas que cette affection puisse être démembrée. D'autre part, lorsqu'on inocule le pus d'un chancre simple au moment de sa pleine activité, lorsqu'il se creuse, l'opération réussit toujours. Cela eut été le cas chez notre malade, s'il s'était agi de chancre simple. De ce que l'inoculation n'a été suivie d'aucune lésion, il ne s'en suit pas que l'on doive rejeter le diagnostic d'ecthyma car l'inoculation de

l'ecthyma manque souvent. Chez notre homme, toutes les lésions étaient à peu près contemporaines et ne s'étaient pas auto-inoculées spontanément après les premiers jours.

M. WICKHAM. — L'expérience de l'inoculation du pus de l'ecthyma est souvent en défaut. J'ai essayé il y a quelques années et toujours sans succès de reproduire les expériences de mon regretté maître Vidal. Sur moi-même j'ai tenté l'inoculation par divers procédés et avec insistance mais sans obtenir de résultats.

Gangrène spontanée de la verge.

Par M. A. FOURNIER.

Il y a quelques jours entrant dans mon service un malade âgé d'une quarantaine d'années qui souffrait d'une affection de la verge dont le début remontait à quarante-huit heures environ.

Une ulcération à bords taillés à pic, à fond irrégulier, à contours sinueux, recouverte d'une nappe de pus, avait en partie détruit l'extrémité du prépuce en formant un véritable anneau qui entourait le gland.

A première vue il semblait s'agir d'un chancre mou ou encore d'une gomme phagédénique. Mais contre la première hypothèse il y avait la rapidité d'évolution, l'absence de rapports génitaux depuis quatre mois et surtout, comme il le fut démontré dans la suite, l'inoculation négative.

Restait la possibilité d'une gomme. En examinant avec soin la lésion, on ne lui trouvait pas les caractères d'induration qui sont de règle en pareil cas. Un interrogatoire fait avec soin ne donnait aucun indice de syphilis antérieure.

Ce que me raconta le malade me mit sur la voie du diagnostic d'une lésion qui, pour ne pas être fréquente, demande cependant à être connue.

Le malade racontait ceci : depuis plusieurs jours il avait des boutons, des sortes de petits clous ; deux ou trois nuits avant le début de l'ulcération de la verge il s'était fortement gratté différentes régions de la peau et le prépuce.

C'est alors que sa verge s'était mise à grossir et à gonfler d'une façon démesurée, et, vingt-quatre heures après, se formait sur le prépuce près du gland une large tache noire, qui le surlendemain avait disparu, était tombée, comme dit le malade, en laissant à sa place une large ulcération.

Ce que le malade raconte est typique et c'est la description nette

de l'affection à laquelle j'ai donné le nom de *gangrène spontanée des organes génitaux*.

Quelle est la nature de cette lésion, quelle en est la cause ?

L'examen bactériologique a été fait par M. Sabouraud ; il a révélé un streptocoque, dont l'étude n'est pas encore achevée. C'est donc une gangrène microbienne. Et il est à supposer, dans le cas de mon malade, qu'en se grattant, il a dû transporter des folliculites des membres sur le prépuce, l'agent qui a déterminé cette gangrène foudroyante dont il est actuellement presque complètement guéri.

(Voir observation au procès-verbal de la prochaine séance.)



Acanthosis nigricans

Par MM. TENNESON et LEREDDE

Le malade que je présente à la Société est âgé de 42 ans. C'est un homme robuste. En 1893, il a commencé à maigrir, sans cause appréciable. Au mois de mai dernier, on lui a fait remarquer que son cou était noir.

Aujourd'hui, il présente :

1° Une pigmentation bronzée universelle, qui devient noire au cou, aux aisselles, aux organes génitaux, à l'anus.

2° Une papillomatose universelle, mais prédominante dans les mêmes régions que la pigmentation. Sur les mains, les papillomes ne se distinguent en rien des verrues vulgaires.

3° Un prurit assez intense, avec lésions de grattage. Ce prurit n'est pas dû à une complication, à de la phthiriasse, comme on pourrait le croire au premier abord.

4° Papillomatose de la muqueuse buccale.

5° Amaigrissement. Diminution notable de la force musculaire. Anorexie. Dyspepsie. Induration dans la région du lobe gauche du foie.

En raison des faits antérieurs, il est extrêmement probable que cette induration est due à un épithéliome. Un lien existe assurément entre l'épithéliome abdominal, la papillomatose universelle et la pigmentation. Mais quel est ce lien ? On l'ignore. Et je ne crois pas que l'on puisse avancer aujourd'hui une hypothèse vraisemblable sur la pathogénie de l'*acanthosis nigricans*.

Quant au nom, nous l'avons adopté parce que c'est le plus ancien. Mais nous ne lui donnons pas sa signification étymologique ; il ne s'agit pas d'une lésion de la couche épineuse.

(Observation par M. LEREDDE.)

Arsène P..., 42 ans, blanchisseur, entre le 21 octobre 1896, salle Caze-nove, n° 3, service de M. Tenneson.

Les *antécédents personnels* n'offrent aucun intérêt. Bronchites répétées dans l'enfance, qui ont disparu à l'âge de 15 ans. Oreillons au régiment. A 28 ans le malade a été atteint de variole qui n'a pas laissé de traces. Jamais il n'a eu d'affection cutanée. Pas de syphilis.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 72 ans de cause inconnue. Mère morte à la suite de couches. Femme bien portante. Deux enfants nés d'une première femme sont morts, l'un à un mois, l'autre à six mois. Deux enfants vivants en bonne santé.

A la fin du mois de mai 1896, un ami du malade lui fit remarquer qu'il avait le cou noir ; à cette époque également P... remarqua la couleur foncée des mains. Déjà la peau au niveau du cou lui paraissait épaissie, mais il n'existait pas de papillomes saillants, tels que ceux qui existent actuellement.

Le malade fut examiné à la consultation de Saint-Louis en août ; à cette époque l'état des lésions cutanées était à peu près le même qu'aujourd'hui. Même, il existait sur le cou des papillomes plus volumineux qu'à l'heure actuelle : un médecin les enleva au mois d'août.

Le prurit qui accompagne la maladie et qui s'est accru depuis le début a été perçu par le malade en même temps que la pigmentation cervicale.

Les troubles gastriques ont débuté en juin ou juillet.

Le malade, qui pesait 174 livres en 1893, a maigri depuis, mais beaucoup plus depuis quelques mois ; en ce moment, il pèse 68 kilos. La force musculaire a beaucoup diminué. Cependant l'apparence extérieure est encore satisfaisante, il n'y a aucun signe de cachexie.

Étude des lésions cutanées. — Les lésions de la peau, dans les régions où elles acquièrent leur plus grande intensité, c'est-à-dire au cou, dans les fosses axillaires, au niveau de la verge, du scrotum et de la rainure interfessière sont définies par trois caractères.

Le plus évident est la *pigmentation* disposée d'une manière absolument symétrique. Le malade présente une légère teinte bronzée, diffuse, nette surtout au niveau de la face. Mais sur toute la longueur du cou, dans les creux axillaires, au niveau du mamelon et de l'aréole, dans la cavité ombilicale, sur la verge, le scrotum et dans la rainure interfessière, la pigmentation est excessive, véritablement noirâtre. La peau au niveau des plis de flexion du coude est très foncée déjà, dans les plis inguinaux, elle est noirâtre à la partie interne, et se dégrade peu à peu vers l'épine iliaque.

Cette pigmentation est assez bien limitée : elle cesse assez rapidement, faisant place à la teinte bronzée diffuse de la peau.

Les autres altérations cutanées sont surtout prononcées dans les régions pigmentées.

Au niveau du cou, par exemple, la peau paraît épaissie ; cet épaississement reste modéré, et ne s'accompagne d'aucune induration, la consistance du tégument reste normale. L'hypertrophie cutanée s'accompagne d'une exagération de tous les plis normaux ; on constate d'abord de longs sillons, généralement parallèles les uns aux autres ; aussi on en trouve plusieurs à la base du cou indiquant d'une manière permanente les plis que peut produire la flexion latérale de cette région sur l'épaule. Des sillons plus

profonds, plus serrés, parallèles les uns aux autres s'observent au fond de l'aisselle, ils sont séparés par des crêtes cutanées saillantes qui, lorsque le bras est rapproché du corps, sont au contact les unes des autres comme les feuillets d'un livre.

Au cou, au scrotum, en particulier, la peau est en outre décomposée en petits départements par des plis profonds, d'un demi-millimètre, se coupant les uns les autres, dessinant un quadrillé irrégulier, il sont très étroits à la surface même de la peau de telle sorte que pour bien les voir il faut étendre celle-ci entre deux doigts. La surface des petits départements cutanés isolés les uns des autres est généralement plane.

Mais à la loupe sur le cou, et d'une façon générale sur toutes les régions pigmentées, on constate un *état chagriné* des plus remarquables qui devient beaucoup plus apparent dans d'autres régions, en particulier sur la face dorsale des mains. A la loupe, on voit de petites saillies quelquefois creusées d'une cavité centrale, arrondies, voisines les unes des autres.

Toutes ces lésions (exagération des plis cutanés de tout ordre, saillie de la peau entre eux, état chagriné de la face), peuvent être résumées sous le terme : *papillomatosse diffuse*, qui correspond assez exactement aux lésions relevées par l'étude microscopique.

Enfin, et c'est là le dernier élément essentiel des altérations de la peau sur les régions atteintes de papillomatosse diffuse et surtout sur celles qui sont le plus pigmentées, dans des régions mêmes où l'état papillomateux et la pigmentation sont à leur minimum (face antérieure et supérieure des cuisses) se développent des papillomes isolés, saillants, exubérants. Ils sont de toutes les dimensions, jusqu'à celle d'une lentille; les plus petits sont caractérisés au cou par une saillie hémisphérique de la surface cutanée comprise entre des plis profonds, et on voit ainsi que les papillomes isolés ne sont qu'une exagération locale de l'état papillomateux diffus. Plus gros, ils sont formés de végétations filiformes, serrées, groupées les uns auprès des autres, libres à leur extrémité. Sur les mains, à la face dorsale on constate des papillomes hémisphériques, ni la forme, ni la consistance, ni quelque caractère que ce soit ne permettent de les distinguer des verrues vulgaires.

Etudions maintenant les régions cutanées les unes après les autres.

Face. — La coloration bronzée a frappé le malade dont la peau était autrefois claire.

Les rides sont accusées particulièrement au niveau du front et des paupières. L'épaississement de la peau paraît modéré, mais le malade l'a remarqué lui-même au niveau de la paupière supérieure.

Les papillomes isolés sont peu nombreux, de petit volume, on en trouve une vingtaine seulement sur le front, les joues; il n'en existe pas sur les paupières: au menton, sur la face antérieure et dans les sillons labiaux l'état papillomateux diffus devient très apparent, et, sur la surface altérée, on voit quelques petites saillies qui dépassent le niveau général.

Les oreilles sont épaisses, mais cet état est physiologique, au dire du malade; il est facile d'y constater l'état grenu de la peau. L'orifice du conduit auditif est en grande partie obstrué par des végétations papillomateuses exubérantes.

La peau du cuir chevelu est un peu grasse; on trouve trois ou quatre papillomes du volume d'un haricot. Les cheveux sont sains.

Cou. — Nous avons signalé toutes les lésions qu'on y rencontre, nulle part elles ne sont plus complètes, plus intenses; il faut seulement insister sur le nombre considérable de papillomes isolés, formés par l'exagération des flots en état de papillomatose diffuse qui nulle part elle-même n'est plus accusée.

Tronc. — On remarque, surtout dans le dos, des traces de grattage dus au prurit qui tourmente le malade. La peau est d'une coloration jaunâtre, peu accentuée. Les mamelons qui étaient autrefois flasques, déclare le malade, sont aujourd'hui en état d'érection permanente, résistant au doigt, leur couleur et celle de l'aréole est devenue noirâtre; l'aréole offre en outre un épaissement cutané qui se révèle par la formation des plis et la saillie des régions qu'ils séparent.

L'infundibulum ombilical est pigmenté: quand on déplisse la peau qu'il tapisse, on constate l'état papillomateux diffus sans végétations exubérantes.

Il n'existe pas, comme cela a été signalé dans d'autres observations, de ceinture pigmentaire péri-abdominale.

Organes génitaux. Anus. — La verge, le scrotum et la rainure interfessière sont d'une coloration noire. Sur la verge même on constate l'exagération de tous les plis, l'état chagriné et quelques papillomes; les plus petits, du volume d'une tête d'épingle, se voient à la face supérieure; les plus gros sur le raphé se continuent avec les papillomes volumineux du scrotum.

La peau du scrotum présente au plus haut degré tous les caractères de l'affection cutanée: exagération des plis de tout ordre, état chagriné, pigmentation excessive. Des papillomes larges à surface aplatie dans son ensemble mais formés de petites végétations cohérentes se voient surtout autour de la verge.

Le raphé périnéal jusqu'au coccyx, toute la fosse anale offrent exactement les mêmes lésions, les papillomes sont nombreux, aplatis comme ceux du scrotum.

Membres supérieurs. — Nous avons décrit la pigmentation, la formation de plis profonds, parallèles et de crêtes intermédiaires dans les aisselles. Sur la surface de ces crêtes on trouve quelques papillomes plus saillants, mais les plus volumineux, les plus saillants, se trouvent à la limite de la région, là où la peau reprend ses caractères normaux, le bord externe du grand pectoral et la région thoracique latérale voisine de la face interne du bras: ces papillomes sont encore formés de petites végétations minces séparables les unes des autres.

Au pli du coude, la pigmentation est peu marquée. Les sillons, peu profonds, se disposent parallèlement dans le sens de la flexion; la papillomatose diffuse est peu manifeste et on ne voit que trois ou quatre papillomes saillants.

La face postérieure du coude offre une coloration bronzée évidente.

Aux mains, l'exagération des plis est évidente sur la face dorsale et devient très nette au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes et

phalango-phalanginiennes. A leur niveau également la pigmentation devient noirâtre et la papillomatose diffuse se traduit par un état hyperkératosique, des saillies séparées les unes des autres, une sécheresse excessive.

L'état chagriné de la peau est très marqué sur la face dorsale des doigts au niveau des phalanges et des phalangettes et il n'est pas nécessaire de se servir de loupe pour les voir.

Nous avons signalé les papillomes identiques à des verrues vulgaires que l'on trouve à la face dorsale des mains.

A la paume, l'épaississement épidermique est diffus et des plus manifestes, les sillons principaux sont profonds, mais les sillons de moindre importance effacés, et à la loupe on constate avec la plus grande netteté ce qu'on voit déjà à l'œil nu, l'exagération de toutes les crêtes interpapillaires et les sillons qui les séparent.

Ongles sains.

Membres inférieurs. — Pigmentation des régions inguinales, s'effaçant dans leur zone externe.

A la face postérieure des cuisses on constate, sans pigmentation, quelques petits papillomes. Ils deviennent excessivement nombreux à la face antérieure du triangle de Scarpa, isolés des uns des autres, tous formés de végétations filiformes cohérentes.

Au creux poplité, pigmentation légère, papillomes assez nombreux.

Les lésions de la face plantaire des pieds sont identiques à celles de la face palmaire des mains. A la face dorsale du pied gauche, une verrue. Sur la face dorsale des orteils la peau devient plissée, lâche, légèrement chagrinée.

Prurit. — Il existe un prurit constant, plus marqué le soir, n'empêchant pas le sommeil. Ce prurit s'accompagne au niveau du dos et des lombes de lésions de grattage qui, à l'entrée du malade, avaient fait penser à la phtiriase.

Muqueuse buccale. — La surface dorsale de la langue paraît normale, presque lisse, à première vue, mais lorsqu'on la fait sortir de la bouche, et qu'on l'étale entre les doigts, on constate un nombre infini de sillons excessivement profonds. C'est là aussi accentué qu'ailleurs, état que nous désignons sous le nom de papillomatose diffuse. La face antérieure de l'organe est saine.

Toute la surface muqueuse des joues, des lèvres, est plissée, la muqueuse semble trop large pour la surface qu'elle revêt, l'aspect est exactement celui du scrotum normal.

Les gencives, la région antérieure du palais et la zone médiane de la région postérieure offrent un aspect velouté.

Le pharynx et le voile du palais sont normaux.

Etat viscéral. — Au niveau du lobe gauche du foie, descendant jusqu'à deux ou trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic, on constate, nettement indépendante de la paroi, une masse indurée résistante ayant en surface la dimension de la paume de la main, faisant corps avec le foie. Le lobe droit de cet organe n'est pas hypertrophié. Il est impossible de déterminer objectivement si cette masse fait partie du foie ou du péritoine juxta-hépatique.

Il existe des troubles gastriques depuis quatre mois environ. Sensation de faim perpétuelle, mais le malade est de suite rassasié et somme toute mange peu. Dégoût de la viande très prononcé. Crampes d'estomac la nuit. Ni renvois ni vomissements.

Pas d'adénopathie sus-claviculaire gauche.

Examen du sang. — Globules rouges 5.000.000

Globules blancs 12.500

Urine. — Ni albumine, ni sucre.

M. DARIER. — Le lien étroit que M. Tenneson rappelle et qui existe entre la carcinomatose et l'acanthosis nigricans est évident et tout à fait remarquable. Dans les treize cas réunis dans la thèse de M. Couillaud, sur l'acanthosis nigricans, la carcinomatose a été signalée chaque fois.

Dans aucune de ces observations on n'a rencontré le prurit; le prurit pourrait être expliqué dans le cas actuel par le fait du siège au foie de la dégénérescence carcinomateuse.

Les quatre grands signes de diagnostic de l'acanthosis sont: 1° la dystrophie papillaire; 2° la pigmentation; 3° l'absence de desquamation; 4° la dystrophie unguéale et pileaire.

M. HALLOPEAU. — La présence constante de verrues chez ces malades est remarquable; les bacilles récemment décrits dans les verrues devraient être recherchés dans les autres éléments cutanés; peut-être l'acanthosis n'est-elle due qu'à une augmentation de la virulence de ces parasites.

M. BROCCQ. — Le malade n'a-t-il pas pris de l'arsenic? Il y a, en effet, certains caractères des lésions qui rappellent les altérations arsenicales.

M. TENNESON. — Mon malade n'a pas pris d'arsenic.

M. DARIER. — Il y a, en effet, des altérations kératodermiques qui ressemblent à ce que peut produire l'arsenic. Pourtant la localisation est différente dans l'acanthosis et les plis de la peau sont plus exagérés.

M. LEREDDE. — Il cause chez ce malade un état chagriné de la peau des mains qui a été signalé dans la plupart des observations. Quand on étudie à la loupe la surface de la peau sous les régions pigmentées en général on constate le même état chagriné. Il y aurait lieu de chercher chez d'autres malades en dehors des points où il est visible à l'œil nu.

Dans les régions mêmes où la peau paraît absolument saine, on constate à la loupe des altérations (exagération de plis, saillie des régions intermédiaires). L'acanthosis me paraît une lésion diffuse de la peau devenant apparente dans certaines régions. Du reste, j'ai fait une biopsie au niveau de la partie moyenne de l'avant-bras, et l'examen histologique viendra confirmer ou démentir cette hypothèse.

M. JACQUET. — J'ai eu l'occasion d'observer un cas d'acanthosis nigricans chez un jeune sujet de 18 ans, chez lequel il m'a été impossible de déceler le moindre trouble digestif abdominal. Les lésions cutanées étaient très nettement celles de l'acanthosis.

M. TENNESON. — Il y a un lien certain indiscutable entre le carcinome abdominal et l'acanthosis, ce lien on l'ignore et la pathogénie de l'acanthosis nous échappe complètement ; mais le fait existe.

M. BROcq. — J'ai observé chez une malade de 38 ans, une pigmentation et un début de papillomatose aux aines, aux aisselles, sans pouvoir trouver la moindre cause. Il existait seulement un peu de dilatation de l'estomac. Au bout de quelques mois, ne voyant aucune modification en bien se produire, j'avais voulu envoyer la malade se faire traiter à la maison de santé de M. Unna quand assez rapidement les lésions disparurent. Il ne s'agissait pas réellement d'acanthosis nigricans, mais de lésions bien voisines et pourtant il n'existait aucune altération carcinomateuse abdominale.

✦ **Mélanodermie. Maladie d'Addison ou acanthosis nigricans.**

Par M. DU CASTEL

Au moment où l'on essaie de distraire de la maladie d'Addison le type acanthosis nigricans de Politzer et d'établir que les types de pigmentation cutanée peuvent différer suivant la nature et le siège des lésions auxquelles les cachexies pigmentaires se rattachent, le malade que je vous présente me paraît digne d'intérêt particulier. En dehors du degré de la pigmentation si accusée à la partie inférieure de l'abdomen, aux aines, au scrotum, à la partie supérieure et interne des cuisses, il présente une tendance marquée aux productions lichénoïdes. La lichénisation si développée des cuisses pourrait, si elle existait seule, être peut-être rapportée au grattage, car notre malade est très prurigineux ; mais le lichen si accusé de la partie interne des joues doit, je crois, faire admettre qu'il existe chez X... une tendance naturelle des plus accusées à la production du lichen vrai.

Le développement des ganglions inguinaux et axillaires ne me semble pas la conséquence exclusive et secondaire des irritations cutanées ; l'existence de ganglions hypertrophiés dans la fosse iliaque droite montre qu'il faut rechercher plus loin la cause des tuméfactions ganglionnaires et celle-ci doit résider dans une intoxication générale.

J'ai recherché s'il était possible de trouver dans une lésion des capsules surrénales ou dans une affection de l'estomac le point de départ des pigmentations cutanées. Le malade n'a présenté à aucun moment les douleurs lombaires qui accompagnent fréquemment les dégénérescences tuberculeuses des capsules surrénales. La palpation de l'abdomen ne permet de percevoir l'existence d'un néoplasme dans cette cavité. Il n'existe pas dans la région susclaviculaire ce ganglion hypertrophié que M. Troisier nous a appris à connaître

comme le compagnon fréquent des néoplasies stomacales, s'il existe un carcinome stomacal, il est encore latent.

Le fait capital est la diarrhée incoercible dont notre malade est atteint ; celle-ci serait-elle due à une altération profonde de l'intestin ? Est-ce une simple diarrhée addisonnienne ? Quelle est la nature de la douleur que le malade ressent spontanément à gauche de l'ombilic dans la cavité abdominale et que la palpation éveille dans la même région ? Est-ce l'indice d'une altération importante de l'intestin ? J'avoue n'avoir pu en déterminer la cause d'une manière précise ?

Actuellement je reste encore dans le doute entre ces trois hypothèses : sommes-nous en présence d'une dégénérescence tuberculeuse des capsules surrénales ou d'une forme latente de néoplasie stomacale ? Une affection de l'intestin peut-elle comme une affection de l'estomac donner naissance à une hyperpigmentation de la peau ? Une maladie des capsules surrénales peut-elle donner lieu à une mélanodermie s'accompagnant d'un processus de lichénisation aussi accentué que celui que nous observons chez notre malade ? J'ai cru devoir vous présenter X... pour connaître l'opinion de mes collègues sur cette question ? Si l'avenir me donne occasion d'éclaircir cette question, comme l'état de cachexie de notre malade peut le faire craindre, je serai heureux de communiquer à la Société les renseignements que l'avenir aura pu me fournir.

François-Emile L..., 58 ans, entré à l'hôpital Saint-Louis, salle Bichat, n° 25.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 47 ans, d'une inflammation d'intestins ayant duré 6 mois (?).

Mère morte à 69 ans, en 8 jours, de suite d'une chute (?).

Notre malade est le plus jeune de 8 enfants ; un seul est mort à l'âge de 69 ans, les autres sont vivants et bien portants.

Antécédents personnels. — Pas de maladie dans l'enfance.

Le malade a été soldat pendant 14 ans ; il est resté 3 ans en Algérie dans la province de Constantine ; il n'eut pas de fièvres, ni de diarrhée ; il dit n'avoir pas fait d'excès d'alcool. Il fit la guerre de 1870, et, fait prisonnier à Metz, il resta 8 mois en Allemagne, à Augsburg d'abord où il eut une laryngite qui dura 3 semaines ; puis en Silésie.

De retour en France, le malade fut garçon de magasin à Paris, d'abord dans les équipements militaires, puis dans le commerce de rouennerie ; il avait un métier dur, traînant surtout des voitures à bras.

Il se maria à l'âge de 65 ans, sa femme eut une carie osseuse de la main et du coude ; elle tousse maintenant depuis quelque temps. Il eut trois enfants dont deux sont morts de convulsion dans la première année et dont un est vivant, bien portant et soldat à Epinal pour le moment.

En 1883, à 45 ans, il commença à perdre ses forces, à maigrir et à tousser.

En 1884, il entra à Tenon pour une *angine diphthérique* qui nécessita la

trachéotomie. Etant en convalescence de son angine et encore à l'hôpital, il eut une attaque de *rhumatisme articulaire aigu* ; toutes les grandes articulations furent prises, il eut une fièvre élevée (40°), des transpirations abondantes ; à ce moment on reconnut l'existence d'une lésion cardiaque.

Il sortit de l'hôpital, guéri, au bout de 3 mois.

Il entra alors comme infirmier dans les hôpitaux, et fut garçon de consultation de M. Panas, à l'Hôtel-Dieu, pendant 6 ans.

En 1889, il eut une forte *hémoptysie*, sang rouge, et resta 7 semaines au lit à l'hôtel-Dieu. Depuis il a presque toujours toussé.

En 1892, il eut une attaque de choléra et fut soigné à l'Hôtel-Dieu, chez M. Bucquoy, et fut malade pendant 6 à 7 semaines.

Puis il fut garçon de salle à Laennec, et enfin garçon de cuisine à Aubervilliers.

Début de la maladie. — Au mois de mars 1890, le malade commença à souffrir de *démangeaisons* aux jambes et aux cuisses, puis sur le ventre, la peau s'épaissit, devint sèche et dure. En juillet 1895, il vint consulter à Saint-Louis, et le 17 juillet il entra dans le service.

A ce moment, la peau était déjà foncée et l'on porta le diagnostic de lichen et de maladie bronzée.

Il resta dans la salle jusqu'au 11 juillet de cette année, époque où il alla à Vincennes ; mais deux jours après sa sortie de Vincennes il revint dans le service le 29 juillet.

Depuis qu'il est dans le service, la peau s'est foncée de plus en plus, la diarrhée le prit et dure encore, avec des arrêts qui ne dépassent jamais 8 jours.

Enfin depuis 6 à 7 mois les poils sont tombés.

Au moment où il partit pour Vincennes, il allait mieux, mangeait bien. Il revint parce qu'il était trop fatigué pour pouvoir travailler.

Néanmoins, pendant le mois d'août, l'état général n'était pas mauvais, le malade se levait, mais il avait toujours sa diarrhée, ses démangeaisons et sa toux.

Le 25 août au soir, le malade fut pris d'étouffements, de douleurs de côté et cracha quelques filets de sang ; on lui fit des piqûres d'éther et on lui mit des ventouses. Le lendemain, le point de côté avait disparu, le malade allait mieux ; il prit une purgation d'eau-de-vie allemande. Il resta fatigué les jours suivants.

Le 3 septembre, il eut une nouvelle crise d'étouffement, avec douleurs des 2 côtés au niveau des hypochondres ; l'interne de garde lui fit une saignée, une injection de sérum de Hayem, et on lui mit des ventouses. Peu à peu il se remit, et recommença à se lever dans la salle, mais il était beaucoup plus fatigué qu'au mois d'août.

Le 2 on commença le traitement par les capsules surrénales qui fut continué jusque vers le 20 septembre ; mais à ce moment le malade fut pris de vomissements qui revenaient tous les jours après le déjeuner, et on cessa le traitement ; il avait pris d'abord une capsule surrénale de bœuf, puis deux à partir du 5 septembre.

Son poids pendant son séjour dans la salle a subi des variations intéressantes : le 18 mai il pesait 66 kilos, le 7 septembre il ne pesait plus que

59 k. 200; le 14, 90 kilogr., mais le 28 septembre il était descendu à 54 k. 500. Le 12 octobre, il pesait 58 k. 200, et enfin le 26 octobre 60 kilogr.

Examen du malade. — C'est un homme amaigri, son teint est jaunâtre; sa figure est surtout remarquable par la rareté des poils de la moustache et de la barbe, les cheveux sont aussi tombés, alopecie presque complète au sommet de la tête, moins marquée sur les parties latérales et postérieures.

Le corps présente une pigmentation très marquée; elle est surtout accentuée au niveau de la partie inférieure de l'abdomen, des parties génitales et des plis inguinaux: à cet endroit elle est d'un beau noir très foncé, elle diminue vers la partie supérieure du corps, mais augmente de nouveau aux aisselles, au cou, et surtout à la nuque. Dans le dos elle est moins intense, on y remarque des petites taches blanchâtres, comme cicatricielles tranchant sur la coloration de la peau. Les bras et les jambes sont colorés, surtout au niveau des plis. Les poils de la région pubienne et ceux des aisselles sont tombés.

En dehors de la pigmentation, la peau présente une autre altération; elle est sèche sur toute son étendue, mais en certains endroits, sur le ventre, les hanches, les bras, à la face externe, les cuisses, elle présente un quadrillage marqué, une lichénification très prononcée.

Au niveau des hanches, il y a une fine desquamation adhérente qui s'amende par le grattage; de plus, sur les plis, la peau est soulevée en petites papules planes, à facettes brillantes.

Cette lésion est encore plus marquée à la face interne des cuisses; du côté droit on voit un placard allongé, où la peau est notablement épaissie, les plis très exagérés, avec quelques excoriations superficielles; le placard de lichénification a des limites diffuses; il se prolonge par des traînées de papules brunâtres allant dans divers sens.

Sur la cuisse gauche, il n'y a que des lésions diffuses. Au jarret, ces lésions de lichénification sont plus avancées. Ces points, cuisses, jarrets, hanches, sont ceux où les démangeaisons sont les plus marquées. A la paume des mains et surtout à la face palmaire des doigts, on trouve une hypertrophie papillaire très accusée. Toutes ces lésions présentent du reste, par moment, des atténuations et des exagérations dont il est impossible de découvrir la cause.

La muqueuse buccale est aussi altérée, elle présente une coloration jaunâtre, qui est plus marquée au niveau de la face interne des lèvres et sur le voile du palais.

A la face interne des joues, surtout à droite, on trouve une infiltration de la muqueuse, avec quadrillages; sur les bords de cette plaque on voit quelques papules de lichen plus nets. Pas de production exagérée de verrues sur le corps.

En dehors de ces lésions, on trouve une hypertrophie des ganglions lymphatiques; dans l'aîne et les aisselles surtout, ils sont volumineux, desinant des saillies visibles sur la peau, roulant sous le doigt, donnant une sensation ferme, mais non dure.

Les ganglions claviculaires, cervicaux, sont aussi augmentés de volume.

Le foie paraît normal ; la rate est sensible à la percussion.

Les battements du cœur sont réguliers ; à la base on trouve un léger souffle au premier temps du côté du sternum vers le 2^e espace ; mais plus bas, à gauche du sternum et au niveau du 5^e espace intercostal, on trouve au 2^e temps un souffle humé et doux.

Les poumons présentent à l'auscultation quelques râles de bronchite disséminés ; le malade tousse enfin davantage depuis quelques jours.

L'expiration est un peu soufflante à droite sous la clavicule, quelquefois saccadée à gauche.

Crachats muqueux, sans caractère.

Les urines sont normales, et ne contiennent ni albumine, ni sucre, ni pigments biliaires.

Enfin, aux symptômes subjectifs, le malade se plaint de souffrir de douleurs au niveau de l'épigastre, douleurs en barres s'exagérant par la respiration.

Dans ces derniers jours, le malade est un peu plus fatigué ; son poids est de nouveau diminué, il est maintenant de 59 k. 200.

(Observation recueillie par M. GARNIER, interne de service.)

M. DARIER. — Je pense que le malade présenté par M. Du Castel doit être versé dans le groupe des cas d'acanthosis nigricans. Un examen minutieux montre en effet l'exagération des plis de la peau ainsi que les végétations papillaires.

Cette observation démontre qu'il y a parenté entre la maladie d'Addison et l'acanthosis nigricans.

Bien que le lien soit étroit entre l'acanthosis et la dégénérescence carcinomateuse, je ne crois pas qu'il s'agisse d'une auto-intoxication produite par le carcinome ; je pense plutôt qu'il s'agit d'une localisation de hasard du carcinome irritant telle ou telle région du grand sympathique abdominal. Cela expliquerait comment des cas d'acanthosis, comme dans l'observation de M. Jacquet, peuvent se présenter sans cancer ; on conçoit en effet qu'une tumeur bénigne ou un tératome puissent léser le même territoire nerveux. De même, à ce propos, l'observation actuelle de M. Du Castel est instructive. J'ai eu l'occasion d'autopsier un cas d'acanthosis dans lequel les capsules surrénales paraissaient saines, mais où j'ai pu trouver des ganglions cancéreux au voisinage du grand sympathique.

M. JACQUET. — J'ai une grande tendance à accepter cette explication fournie par M. Darier, d'une action sur le nerf sympathique.

Le jeune malade dont je viens de parler avait des malformations congénitales, il pouvait donc avoir tout aussi bien des lésions de même ordre agissant sur le grand sympathique.

+ **Femphigus et maladie de Dühring avec troubles nerveux et arthropathies.**

Par MM. E. GAUCHER et P. GASTOU.

Il nous a paru intéressant d'attirer l'attention de la Société sur ces deux malades du service de M. le professeur Fournier.

La première vous a déjà été présentée par M. Wickham dans la séance de novembre 1893 ; la seconde est depuis quelques semaines à Saint-Louis.

Voici leur histoire clinique :

Obs. I. — L..., âgée de 63 ans, cuisinière, entrée dans le service de M. le professeur Fournier, salle Henri IV, 31, le 12 août 1893 ; n'en a jamais quitté depuis.

Le début de la maladie remonte à 1892. Pour la malade, la cause de son état est dans la violence des chagrins de famille qui ont précédé de quelques semaines les phénomènes dont voici la succession.

Vers le milieu de 1892, alors que la malade était dans un état moral de dépression considérable, survinrent sans raison apparente des sensations de frissonnement généralisé, suivies de transpirations abondantes et d'un état de malaise que la malade ne peut caractériser autrement que par une lassitude, un manque de forces, portant surtout sur les jambes.

Pendant une dizaine de mois, ce sont là tous les symptômes. Puis surviennent des démangeaisons intenses, localisées d'abord aux jambes, aux bras et se généralisant ensuite au tronc et à l'abdomen.

En insistant auprès de la malade pour bien connaître l'évolution et le mode d'apparition des différents symptômes qu'elle a présentés, elle répond très catégoriquement que la démangeaison a précédé de quelques semaines l'éruption.

Cette éruption fut d'emblée bulleuse, et l'a toujours été depuis. Elle a commencé par la face interne des bras ; les faces interne et antérieure des jambes, des cuisses, l'abdomen et la poitrine ont successivement été envahis. Le dos est resté à peu près indemne.

Les bulles ont eu des dimensions différentes : tantôt elles affectaient à peine les dimensions d'une lentille, tantôt elles avaient le volume d'un œuf de pigeon, elles ont même, par places, et à certaines périodes, été de volume plus considérable encore.

La maladie, depuis 1893 jusqu'à aujourd'hui, procède par poussées bulleuses successives de la façon suivante :

1° Prurit intense, agacement, irritabilité, agitation, durant vingt-quatre à quarante-huit heures.

2° Éruption de bulles, à siège variable, à dimensions inégales, contenant un liquide citrin. Ces bulles subissent les transformations suivantes :

a) Elles deviennent purulentes, s'ouvrent, il se forme une croûte qui tombe et laisse à sa suite une surface circulaire rougeâtre.

b) Elles sont rompues par les grattages ou par une évolution spontanée,

le contenu se vide, et il reste à leur suite une surface rouge, lisse, humide, qui se dessèche à la façon d'un vésicatoire et laissent à leur suite une pigmentation brunâtre ;

c) Elles deviennent hémorragiques, se vident, et la surface qu'elles laissent est également rouge, lisse, humide, mais souvent entourée d'un cercle d'un rouge vif, hémorragique, qui donne à l'ensemble de la surface l'apparence qui résulte de l'élimination d'une eschare.

La durée totale du cycle éruptif est de cinq à huit jours, au maximum ; tout rentre alors dans l'ordre, jusqu'à nouvelle poussée.

C'est ainsi que depuis trois ans, malgré les traitements les plus variés, continue la maladie.

Il s'est produit des pigmentations consécutives à l'ouverture des bulles, mais on ne peut pas dire qu'il y ait eu sur la peau d'autres phénomènes qu'un polymorphisme éruptif, dû à l'évolution des poussées bulleuses successives, c'est-à-dire des plaques érythémateuses, des bulles, des pustules, des croûtes et des taches pigmentaires.

Ce sont là des phénomènes essentiels, mais il en est d'autres à côté non moins importants. C'est d'abord : 1° la diminution de la sécrétion sudorale ; 2° la chute des poils et des ongles ; 3° l'œdème des jambes qui accompagne les poussées éruptives.

La chute des poils et des ongles a eu lieu deux ans environ après le début de l'éruption bulleuse. Les ongles devenaient durs, striés, lamelleux et cassants, puis ils sont tombés. Cette chute des ongles s'est accompagnée d'ulcérations dentaires, de caries multiples. Seuls les cheveux sont relativement respectés.

Mais ce qui frappe dès qu'on examine la malade, c'est l'aspect des mains et des pieds, qui rappelle ce que l'on voit dans le rhumatisme chronique déformant.

Les mains sont atrophiées en masse, il n'y a plus d'ongles aux doigts, la peau est lisse, tendue. Les doigts sont dans l'extension sur le carpe, les phalanges au contraire légèrement fléchies les unes sur les autres. L'ensemble des doigts est déjeté vers le bord cubital. Il existe une raideur généralisée des doigts qui permet encore quelques mouvements. Même état des pieds, même aspect de la peau, même atrophie en masse avec déformation en varus équin. Ankylose des deux genoux dans la flexion qui empêche de constater l'existence des réflexes rotuliens. La sensibilité dans ses différents modes : à la piqure, au froid, à la chaleur, est conservée. Les pupilles réagissent bien. La malade qui avait eu au début, et surtout lorsqu'elle était baignée, plusieurs crises diarrhéiques, est dans un état de santé parfaite, mangeant bien, dormant de même et gaie malgré que depuis trois ans elle n'ait pas bougé de son lit.

Le cœur, les viscères abdominaux, les organes des sens sont normaux. Seul le poulmon gauche présente à sa base le phénomène d'auscultation que l'on a désigné sous le nom de « froissement arthritique ».

Il y a eu à certains moments quelques légères poussées fébriles coïncidant soit avec la diarrhée, soit avec la purulence des éléments éruptifs, mais cela n'a été ni régulier, ni constant. Son poids a peu varié.

Sans que nous puissions donner d'analyses d'urine régulière, voici

cependant, et comparativement, l'état des urines à deux époques éloignées de sa maladie : analyses faites avec soin par le Dr Cathelineau :

	9 NOVEMBRE 1893	4 NOVEMBRE 1896
Volume des 24 heures...	580 c.c.	1330 c.c.
Réaction.....	très acide	légèrement acide
Densité.....	1020	1019
Urée.....	20	25,51
Acide urique.....	0,39	0,4655
Chlorures.....	6,98	9,57
Acide phosphorique.....	0,44	1,90
Mucine.....	0	0
Albumine.....	0	0
Sucre.....	0	0
Pigments biliaires.....		traces
Indican.....	0	0
Peptones.....	0	0

Les chiffres mentionnés ci-dessus étant rapportés au litre d'urine, une nouvelle analyse a été faite le 6 novembre, qui montre combien variables peuvent être les résultats de l'analyse d'un jour à l'autre. Cette analyse a donné à M. Cathelineau les résultats suivants :

	6 NOVEMBRE 1896.
Volume.....	730 c.c.
Réaction.....	neutre
Densité.....	1021
Urée.....	15 gr. 60
Acide urique.....	0,6935
Chlorure de Na.....	9,461
Acide phosphorique.....	1,165
Mucine.....	néant
Albumine.....	—
Sucre.....	—

Il n'y a donc pas eu chez notre malade, de troubles bien manifestes de la sécrétion urinaire, puisque la composition de ses urines diffère peu d'une urine normale.

On ne trouve pas davantage chez elle dans ses antécédents héréditaires ou personnels, de cause à sa maladie.

Son père est mort à 94 ans, sa mère à 80 ans; ils ont eu 10 enfants, dont il reste encore 9, tous bien portants.

La malade a eu la gourme vers 3 ans, réglée à 16 ans, elle aurait souffert vers cette époque, de douleurs dans les bras et les jambes qui l'ont rendue impotente, sans l'obliger à s'aliter, pendant un mois. A 25 ans, fièvre typhoïde qui dure six semaines, sans complications.

Mariée à 19 ans, elle a eu 2 enfants : une fille morte, dit-elle, d'anémie; un fils vivant et bien portant. Elle n'a jamais eu de maladies nerveuses et n'en connaît pas dans sa famille.

L'histoire de notre seconde malade est moins compliquée, car elle est plus récente.

Obs. II. — S..., ménagère, âgée de 68 ans, entrée le 10 octobre, salle Henri IV, lit n° 14.

Elle est venue dans le service pour une maladie de peau qui date de deux mois.

Actuellement elle présente sur les membres une éruption bulleuse accompagnée d'un prurit violent.

Cette éruption est localisée aux avant-bras, aux mains, à la jambe, au dos du pied, au niveau des genoux. Elle a eu des éléments bulleux aux faces plantaires; actuellement la plante des pieds est recouverte d'une couche épidermique épaissie, comme macérée. Le tronc et l'abdomen sont jusqu'à présent intacts.

L'éruption est constituée par des bulles uniquement. Bulles qui sont de dimensions différentes et procèdent par poussées successives. Le contenu de quelques-unes est trouble, mais pas nettement purulent; il a une odeur fétide.

Les jambes sont œdématisées, et sur la jambe droite est une cicatrice entourée d'une zone pigmentée. Les ongles des pieds sont noirs, durs, striés. L'un d'eux est tombé, ceux des mains sont normaux.

La malade souffre d'un prurit constant, exacerbant, continu et violent, au niveau des parties où siège l'éruption. Les différents modes de sensibilité sont normaux. Les réflexes également (réflexe patellaire et pupillaire).

Tous les organes sont sains. L'analyse des urines faites par M. Petit, pharmacien du service, a donné les résultats suivants :

10 NOVEMBRE 1896.

Volume en 24 heures.....	600
Réaction	acide
Densité.....	1016
Urée.....	12,10
Acide urique.....	0,35
Chlorure de sodium.....	6,20
Acide phosphorique.....	1,66
Albumine.....	0
Sucre.....	0
Peptones.....	0

D'après cette analyse, l'urée seule présente une diminution, mais la malade mange peu.

Si l'état actuel ne donne que peu de renseignements sur l'origine de la dermatose dont souffre la malade, son histoire antérieure est intéressante. Elle n'a aucun antécédent utile à noter.

Elle n'a eu aucune maladie dans l'enfance. Réglée à 15 ans, elle s'est mariée à 24 ans. Elle a eu trois grossesses : ses deux premiers enfants sont morts, le premier à 10 mois en nourrice, le second à 15 jours, d'affection indéterminée, le troisième vit.

Sa troisième grossesse a été suivie d'une scarlatine qui s'est compliquée d'albuminurie avec anasarque généralisée, ayant duré trois mois. Pendant longtemps elle a conservé de l'œdème des jambes qui a progressivement disparu. Cette maladie est survenue à l'âge de 42 ans.

Jusqu'à il y a quatre ans elle reste bien portante, lorsque survient une hémiplégie gauche, dont il n'est rien resté de constatable actuellement.

Voici ce qu'elle raconte au sujet de son hémiplégie : à la suite d'une vive frayeur ressentie dans la journée, elle se couche et se réveille brusquement avec une sensation de lourdeur inaccoutumée dans le membre gauche. Elle se lève, descend de son lit, tombe sans perdre connaissance et s'aperçoit que tout son côté gauche est paralysé. Elle prétend que dans la suite il serait survenu de la contracture et qu'au bout de huit mois l'hémiplégie était guérie, sauf un peu de faiblesse dans tout le côté gauche.

La maladie actuelle aurait débuté il y a trois mois environ par un œdème des deux jambes qui a nécessité le repos au lit. Puis seraient survenues un mois après une éruption bulleuse de la plante des pieds. A la même époque s'est manifestée la démangeaison, accompagnée d'une sensation de brûlure, de cuisson cutanée des plus intenses. La malade ne se rappelle pas si l'éruption a précédé ou non le prurit : ce qu'elle affirme, c'est le début par les bulles plantaires et l'extension en quinze jours aux jambes, aux mains et aux bras.

Elle n'a pas eu d'autres malaises, n'a pas fait d'autres applications externes que de l'eau de guimauve et pavot, et n'a pris aucun médicament à l'intérieur.

Nous avons mis en parallèle ces deux malades à cause de l'analogie des phénomènes éruptifs que l'on constate chez elles.

Le Dr Wickham, qui avait déjà présenté devant la Société, la première de ces malades en 1893, insistait sur ce fait qu'il n'existait pas chez elle, les « signes cardinaux de la maladie de Duhring », et notait surtout l'absence de polymorphisme éruptif.

La malade au point de vue éruptif est restée telle que vous l'a montrée M. Wickham, mais depuis, avec la chronicité de la maladie, le prurit, et la conservation d'un bon état général, le tableau clinique s'est complété.

La seconde malade est dans l'état où était la première à son entrée dans le service ; elle n'a que des bulles et pas de polymorphisme éruptif.

Chez l'une et l'autre l'examen du sang et du contenu des bulles a été fait. Chez la première, MM. Leredde et Perrin ont constaté dans les coupes de peau, prélevée par biopsie, une abondance de cellules éosinophiles que démontre l'examen du sang et du liquide des bulles (33 éosinophiles pour 100 globules blancs).

Chez la seconde nous avons trouvé dans le sang une proportion de 27 éosinophiles pour 100 et dans le liquide des bulles la plupart des leucocytes étaient chargés de granulations acidophiles.

Quoique chez l'une et l'autre malade l'éruption ait la forme du pemphigus, le diagnostic de maladie de Dühring s'impose si le signe de MM. Leredde et Perrin a une valeur pathognomonique.

En présentant ces malades, nous avons voulu attirer l'attention sur quelques phénomènes qui semblent montrer que le système nerveux joue un rôle considérable dans l'origine et l'évolution de la maladie de Dühring.

Sans compter le prurit constant, continu et violent quelquefois, qui est au début et dans le cours de cette dermatose et s'accompagne de sensations de brûlures et de cuisson de la peau, prurit qui constitue un véritable trouble nerveux, il est d'autres manifestations dont l'origine ne peut guère être attribuée à d'autres causes qu'à une lésion nerveuse.

Chez notre première malade il existe des arthropathies des extrémités, simulant le rhumatisme déformant, que ni le séjour prolongé au lit, ni l'altération cutanée consécutive aux bulles ne peuvent expliquer.

Chez la seconde, l'hémiplégie qui a précédé la dermatose, semble déjà un des phénomènes précurseurs des manifestations prurigineuses intenses qui vont marquer le début de la maladie.

Chez l'une et l'autre la présence de l'œdème des membres survenant sans cause cardiaque, rénale ou circulatoire, est une preuve qu'il existe dans la maladie de Dühring une lésion nerveuse, cause de la maladie, qui, si elle n'a pas été démontrée jusqu'à présent, est tout au moins probable sinon certaine.

M. LEREDDE. — L'examen du sang et du liquide des vésicules a-t-il été fait ?

M. GASTOU. — Oui. Les cellules éosinophiles y ont été trouvées et existent en grande quantité.

† Origine myélopathique des pemphigus

Par M. GASTOU

A l'occasion de la présentation que j'ai faite au nom de M. Gaucher et au mien, devant la Société, des deux malades atteintes de maladie de Dühring avec troubles nerveux, je me permettrai d'ajouter quelques réflexions personnelles qui me sont suggérées par la comparaison faite entre les signes cliniques qu'ont présentés ces deux malades et les lésions que j'ai trouvées à l'autopsie de deux maladies de Dühring, lésions dont j'ai déjà entretenu la Société, dans sa séance annuelle de l'année 1895.

J'avais fait remarquer alors que chez les deux malades en question il existait des adhérences des méninges spinales, une vascularisation intense et de la friabilité de la moelle, sans que cependant à l'œil nu on ait pu nettement caractériser ces lésions.

S'agissait-il dans ces cas de simples coïncidences ? Je ne le crois pas. Dans son mémoire si complet sur la maladie de Dühring, M. Brocq rappelle que des lésions médullaires ont été déjà constatées. Si elles le sont peu souvent, c'est que d'une part, les malades atteints de maladie de Dühring survivent longtemps, et que, d'autre part, la recherche des lésions médullaires ou névritiques n'a pas été faite d'une façon systématique, jusqu'à présent, dans toutes les autopsies.

Mais si la constatation des lésions médullaires n'est pas fréquente dans la maladie de Dühring, elle l'est davantage dans d'autres affections du groupe des pemphigus.

M. Kaposi, parlant, au cinquième congrès allemand en 1895, de l'état actuel de la question du pemphigus, disait : « qu'il n'y a pas un matériel suffisant pour pouvoir s'exprimer avec certitude sur la nature nerveuse des pemphigus, et, qu'on ne peut affirmer que les lésions de la moelle soient cause des pemphigus ». — Cette absence de matériel tient, je crois, surtout à ce fait que ce sont les névrologistes et non les dermatologistes qui ont le plus souvent l'occasion de constater ces lésions.

Si, comme le dit M. Kaposi, on ne peut affirmer l'origine myélopathique des pemphigus, on peut tout au moins faire un rapprochement entre les malades atteints d'affections nerveuses et ayant présenté des bulles, et les malades atteints de pemphigus avec manifestations nerveuses.

Et alors il est logique de supposer que si les bulles peuvent coïncider avec des lésions médullaires, les lésions médullaires peuvent provoquer l'apparition des bulles et être la cause des pemphigus.

Or, comme la maladie de Dühring rentre dans le groupe des pemphigus, il s'agirait de démontrer que dans cette maladie il existe des lésions médullaires.

Or, on en a déjà trouvé, leur existence est donc possible, sinon certaine ! Reste à savoir si elles sont cause ou effet de la maladie ?

L'occasion m'est offerte aujourd'hui, de dire à la Société ce que j'ai pu constater, histologiquement, sur une des moelles dont j'ai parlé l'année dernière.

Je fus très étonné en examinant des coupes de cette moelle, de trouver des lésions auxquelles je ne m'attendais guère ; j'en résumerai l'exposé, me réservant d'y revenir longuement, dans un travail que nous préparons en collaboration avec mon ami Leredde.

Sur les coupes examinées, existait autour du canal de l'épendyme, lequel était légèrement dilaté, une infiltration embryomaire très marquée. Les vaisseaux du voisinage, dans la substance grise de la commissure postérieure, dans la région des colonnes de Clarke, dans la partie intérieure de la corne antérieure, et dans le col de la corne postérieure, étaient doublés d'un véritable anneau formé par la même infiltration. Dans tous ces points se voyaient de petites dilatactions lacunaires, formant de petites cavités vides ou comblées, et rappelant de très loin, il est vrai, les cavités syringomyéliques ou les altérations de la myélite cavitaire.

La comparaison entre les lésions microscopiques que j'avais sous les yeux, et celles qui caractérisent la syringomyélie, me vint à l'esprit aussitôt, et me fit rechercher si cliniquement la maladie de Dühring et la syringomyélie avaient quelques ressemblables symptomatiques.

L'une a comme caractères essentiels : l'éruption bulleuse, le prurit intense ; l'autre a pour symptômes principaux : la dissociation syringomyélique, anesthésie avec analgésie et conservation de la sensibilité tactile, et les atrophies musculaires.

Jusqu'ici rien de commun, mais au delà combien de ressemblances. Dans l'une et l'autre : les troubles vaso-moteurs (œdème, sensations de chaleur à la peau, troubles sudoraux) ; les arthropathies, les troubles trophiques de la peau, glossy-skin, fissures et crevasses, altération des ongles, bulles, éruptions pemphigoides, etc., etc. Dans l'une et l'autre également : la longue évolution, la chronicité et la conservation d'un état général longtemps satisfaisant.

Si j'ai fait ce parallèle clinique, c'est qu'anatomiquement l'apparence et le siège analogues des lésions m'a frappé. Je ne veux rien conclure, je signale seulement le fait pour attirer des recherches nouvelles.

Si ces lésions étaient retrouvées dans d'autres autopsies de maladies de Dühring, on pourrait avoir de cette maladie la conception suivante.

Sous l'influence d'une infection d'un trouble névropathique se produirait une myélite à lésion et siège analogues à ceux de la syringomyélie, c'est-à-dire une myélite péri-épendymaire centrale, à forme cavitaire ou mieux lacunaire, se manifestant cliniquement par le syndrome de la maladie de Dühring : prurit, bulles, troubles trophiques, chronicité.

Ce n'est là qu'une hypothèse, je m'empresse de le dire.

Si cette lésion médullaire existe comme cause de la maladie de Dühring, et non comme conséquence, ainsi que le démontre l'évolution clinique et la constatation du signe de Leredde et Perrin ; sous quelles influences se développe-t-elle ?

L'étiologie reste aussi vague pour la maladie de Dühring que pour la syringomyélie. Les causes prédisposantes sont toutes celles que l'on trouve à l'origine des maladies du système nerveux et des myélites : hérédité névropathique, surmenage, excès, intoxications, secousses morales violentes, etc., etc. S'ajoutant à ces prédispositions, une cause occasionnelle infectieuse amènerait le développement de la maladie. Cette infection, admise par Leredde et prouvée par la présence des éosinophiles, expliquerait que l'on puisse trouver à la fois la lésion nerveuse et l'altération rénale si souvent associées.

Il m'a semblé intéressant de développer devant la Société ces quelques réflexions suggérées par des examens histologiques ; réflexions qu'il ne faut considérer que comme une simple interprétation de lésions, qui, si elles sont de nouveau constatées, rapprocheraient la maladie de Dühring de la syringomyélie.

Éruption ano-vulvaire peut-être de nature syphilitique chez un enfant porteur de malformations multiples.

Par M. DU CASTEL.

L'enfant, que je présente à la Société, est née le 9 mai de cette année ; elle présentait à la naissance une hydrocéphalie assez marquée, un spina-bifida et un double pied bot ; malgré l'hydrocéphalie, l'accouchement se fit naturellement et fut seulement un peu long. Très chétive à sa naissance, on crut que l'enfant ne vivrait pas ; mais elle ne présentait à cette époque aucune éruption cutanée. Envoyée en nourrice à la campagne chez sa grand'mère, elle eut, il y a trois mois, un prolapsus du rectum qui persista pendant deux mois. Mais ce n'est seulement que depuis six semaines qu'ont débuté les lésions fessières pour lesquelles on est venu me consulter. Ces lésions occupent le pourtour de l'anus, les fesses et s'étendent jusqu'à la vulve. Elles sont formées par un soulèvement de la peau qui est violacée ; à la périphérie on distingue des papules isolées ; ces papules sont aplaties, de dimensions variables, allant depuis celle d'une lentille jusqu'à celle d'une pièce de cinquante centimes ; quelques-unes sont ombiliquées et le centre est légèrement ulcéré ; ces papules sont dures au toucher, dureté presque cartilagineuse par endroits.

Il faut remarquer que ces lésions occupent le pourtour de l'anus, et les plis qui l'entourent ; mais elles laissent indemnes le pli fessier, le pli génito-crural, et occupent au contraire la saillie des fesses ; de même on voit une papule sur la face interne et le bord de la grande lèvre droite sans qu'il y en ait dans le pli.

S'agit-il dans ce cas d'une éruption syphilitique ou de ces syphiloïdes décrites par MM. Sevestre et Jacquet.

En faveur de cette dernière hypothèse, il y a ce fait que les plis

sont indemnes, sauf pourtant au pourtour de l'anus ; de plus, la localisation à la région fessière chez un enfant qui, par le fait des autres lésions laisse constamment écouler ses urines et ses matières fécales, enfin l'intégralité des autres points du corps, en particulier de la paume des mains, de la plante des pieds, de la muqueuse buccale. Au contraire, en faveur de la syphilis, il y a intensité de ces lésions. L'infiltration profonde et l'induration des papules, leur couleur, enfin la coexistence des autres lésions. C'est ainsi que cette enfant présente de l'hydrocéphalie, un spina-bifida, une paralysie des membres inférieurs avec double pied bot ; et l'on sait la fréquence de ces malformations dans la syphilis héréditaire.

Les parents du malade interrogés nient tout antécédent syphilitique ; le père dit n'avoir jamais eu aucune maladie vénérienne, jamais d'éruption sur le corps, jamais d'angine suspecte ; il y a trois ou quatre ans, il eut une lésion de la moustache ayant duré deux mois, lésion croûteuse pour laquelle il alla consulter M. Balzer à l'hôpital Ricord. Celui-ci lui remit une ordonnance portant des pulvérisations à la liqueur de Van Swieten étendue d'eau, traitement qui amena bientôt la guérison ; on ne prescrivit aucun médicament interne et il n'y eut jamais d'éruption à la suite de cet accident qui ne paraît pas devoir être suspecté.

La mère a toujours été bien portante ; mariée depuis six ans, elle n'a jamais eu de grossesse avant celle-ci et elle attribue la malformation de son enfant à une peur qu'elle aurait eue vers le troisième mois de sa grossesse.

Elle est sujette, au printemps, à des poussées d'urticaire qui viennent à la suite de l'ingestion de fraises ; elle n'a jamais eu d'autre éruption en dehors de ces poussées prurigineuses qui disparaissent facilement.

En somme, cette enfant présente un ensemble de lésions qui paraît imposer le diagnostic d'hérédo-syphilis, mais l'aspect des lésions cutanées nous semble prêter à discussion, et il nous a paru intéressant de présenter ce malade pour montrer une fois de plus les difficultés qu'on rencontre dans le diagnostic des éruptions fessières chez les enfants.

M. JACQUET. — J'ai pu observer jusqu'à ce jour un grand nombre de cas analogues dans lesquels le diagnostic est délicat. Mais ici, il m'est difficile de ne pas me prononcer nettement pour la syphilis. Il s'agit de syphilides fessières et non pas d'érythèmes syphiloïdes.

M. FOURNIER. — On ne peut mettre la syphilis en doute. L'enfant présente d'ailleurs une série de signes établissant chez lui l'hérédo-syphilis. Telle l'hydrocéphalie qui est un des stigmates de l'hérédo-syphilis ; tels encore le spina-bifida et le pied bot.

M. JACQUET. — Je viens d'observer le développement en quelque sorte sous mes yeux d'une hydrocéphalie chez un enfant atteint de syphilides secondaires.

M. FEULARD. — Je ne saurais mettre en doute, puisque M. Fournier nous l'affirme, l'hérédo-syphilis de cette enfant; mais je me permets de croire que les lésions cutanées qu'elle présente aux parties génitales peuvent très bien ne pas être syphilitiques, et qu'il s'agit, tant ce cas ressemble à ceux que j'ai observés déjà et aux moulages du Musée, de l'éruption dénommée *érythème syphiloïde vacciniforme*, *herpès syphiloïde vacciniforme*, tout à fait indépendant de la syphilis.

L'éruption me paraît bien abondante et débordant trop sur les cuisses pour une éruption de plaques muqueuses; les jambes de ce bébé sont grasses, sillonnées de gros plis dans la chair et c'est justement au sommet de ces gros replis que siègent, comme dans les cas d'érythème, les plus gros éléments éruptifs; leur forme en bouton de vaccine avec un bourrelet circulaire blanchâtre est très marquée sur les cuisses; je reconnais qu'à la marge de l'anus et sur les lèvres les éléments éruptifs ressemblent absolument à des plaques muqueuses, mais n'est-ce pas cette énorme ressemblance qui a fait justement donner à cet érythème vacciniforme l'épithète de *syphiloïde*.

Je suis encore frappé par ce fait qu'avec des syphilides génito-anales et crurales aussi abondantes l'enfant n'ait aucun autre signe de syphilis cutanée ni à la face, ni aux lèvres, ni au nez, ni aux paumes, ni aux plantes. Enfin je demande, si en l'absence des signes de dégénérescence sur lesquels on appuie le diagnostic de syphilis, l'éruption est suffisamment caractérisée comme syphilitique pour que l'on puisse, dans une expertise médico-légale par exemple, affirmer par elle seule la syphilis de la petite malade.

M. FOURNIER. — Certainement je l'affirmerais, en considération de la base dure, de la sclérose, de l'infiltration, du caractère de tubercule que l'on constate au niveau de chacune de ces érosions.

M. BESNIER. — J'aurais, pour ma part, peine à me prononcer. — Je ne puis m'empêcher de me rappeler le cas d'un enfant chez lequel existaient des lésions semblables tout aussi dures de base et infiltrées, et chez lequel pourtant, la suite démontra qu'il ne pouvait être question de syphilis.

Au surplus, un autre point me ferait particulièrement hésiter dans le cas actuel. Lorsque chez les hérédo-syphilitiques les lésions d'hérédo-syphilis sont aussi nettes, aussi marquées que dans ce cas, on n'observe pas de lésions secondaires de ce genre. En un mot, l'hérédo-syphilis aussi accentuée peut-elle produire des lésions cutanées de cet ordre? Je ne le crois pas. Il y aurait intérêt ici à se contenter d'abord du traitement local.

M. FOURNIER. — J'avoue pour ma part avoir fréquemment observé dans l'hérédo-syphilis des syphilides cutanées et muqueuses proliférantes comme celles-ci. L'existence de grosses lésions d'hérédo-syphilis, comme

l'hydrocéphalie, etc., ne me gêne en rien pour l'affirmation de syphilides cutanées coexistantes. Je suis même heureux de cette occasion qui n'est fournie de développer ici mon opinion sur ce point.

Je ne considère nullement comme de nature syphilitique les lésions dentaires, celles d'Hutchinson entre autres, les malformations osseuses, etc., qui marquent l'hérédo-syphilis ; je les considère comme des altérations de développement, des lésions de *dégénérescence* des accidents para-syphilitiques. Ces lésions proviennent de géniteurs infectés, mais elles ne sont pas syphilitiques.

M. BESNIER. — La question que je viens de poser, je la spécifierai d'une manière plus nette encore. Un enfant hérédo-syphilitique dont les signes d'hérédo-syphilis sont absolument positifs, à ce point qu'il ne peut plus contracter la syphilis, peut-il présenter des syphilides cutanées secondaires ? Cela, je ne crois pas.

M. WICKHAM. — Je me rappelle avoir observé dans le service de mon maître M. Fournier, un cas des plus remarquables et démonstratif de la théorie qu'il préconise depuis plusieurs années.

Une jeune fille présentait des altérations dentaires si particulièrement typiques, si admirables, de celles qu'on rencontre dans l'hérédo-syphilis, qu'une photographie en fut faite pour servir à démontrer les altérations dentaires de l'hérédo-syphilis. Quelques mois après son exeat la malade revint se faire traiter de deux érosions vulvaires qui furent reconnues comme des chancres syphilitiques. Un mois après survint la roséole puis les plaques muqueuses et plus tard toute une série d'accidents graves.

Il s'agit bien là de l'observation d'une syphilis nouvelle, débutante, chez un sujet présentant des malformations de l'hérédo-syphilis.

Nævus acnéique unilatéral en bandes et en plaques (nævus à comédons).

Par M. GEORGES THIBIERGE.

La malade que j'ai l'honneur de présenter à la Société est atteinte d'une forme extrêmement rare de lésions des glandes sébacées.

Le seul cas analogue dont j'aie connaissance est celui d'une femme que le Dr Selhorst (de la Haye) a présentée au Congrès international de dermatologie tenu à Londres au mois d'août dernier et dont la relation, accompagnée d'une phototypie, vient d'être publiée dans le *British Journal of dermatology* (novembre 1896, p. 419).

Lucie G..., femme de chambre, âgée de 20 ans, m'est adressée à l'hôpital de la Pitié, le 16 avril 1896, par mon excellent ami, le Dr Kuhff.

Cette jeune fille, dans la famille de laquelle il n'existe aucune affection analogue, se rappelle avoir toujours eu, si loin que remontent ses souvenirs, les lésions cutanées pour lesquelles elle vient me consulter.

La seule modification qu'elle ait vue survenir est la suppuration et l'ouverture des saillies qu'elle considérait comme des « glandes » et qu'elle s'était également toujours connues. L'un de ces foyers, siégeant le long du sterno-mastoïdien, a été ouvert il y a dix-huit mois, donnant issue à une petite quantité de pus et ne s'est pas encore cicatrisé. Au mois de décembre 1895, se sont ouvertes deux collections analogues à la région sus-claviculaire, où on voit encore les ulcérations qui leur ont succédé. Enfin, au mois de janvier dernier, un abcès s'est ouvert spontanément à la région scapulaire et n'a pas tardé à se cicatriser.

La santé générale a toujours été bonne. Elle a eu seulement, depuis deux ans, deux bronchites légères.

État actuel. — La malade est de petite taille, mais vigoureuse, d'une très bonne santé; elle ne tousse pas, ne présente aucun signe fonctionnel ou physique de tuberculose pulmonaire; elle ne présente en aucune région d'adénopathies, elle n'a d'ailleurs jamais présenté aucune manifestation de scrofulo-tuberculose. Les seules lésions cutanées que l'on puisse constater sont limitées à la moitié gauche du corps au niveau des régions sus et sous-claviculaire, sterno-mastoïdienne, dorsale supérieure, thoracique supérieure.

Les lésions les plus accusées et les plus variées occupent la *région sus-claviculaire*; cette région est occupée presque entièrement par un large placard de forme ovalaire, parallèle au bord supérieur du cou, atteignant le bord antérieur de la clavicule à son union avec l'apophyse coracoïde et mesurant 9 centimètres de long sur 4 de large. Ce placard saillant, assez régulièrement arrondi, présente à sa surface des lésions multiples :

1^o Un grand nombre de points noirs, de un demi à un millimètre de diamètre, irrégulièrement disposés, distants de 3 millimètres au plus. La pression énuclée ces points noirs qui constituent la tête d'un comédon en forme de grain de 2 à 3 millimètres de longueur; l'extrémité profonde de ces comédons est d'aspect légèrement graisseux, mais friable. Après l'énucléation du comédon, on constate qu'il occupait une loge cylindrique, régulière, légèrement oblique par rapport à la surface de la peau, semblant constituée par une dépression de la peau et n'ayant aucune tendance à revenir sur elle-même après l'expulsion de son contenu. Ces alvéoles sont plans, séparés par des brides irrégulières, rappelant l'aspect de la coupe d'un tissu caverneux.

2^o Quelques comédons, plus volumineux que les précédents, au lieu d'être énucléés en masse de leurs alvéoles par une courte pression, s'allongent en filament de 1 à 2 millimètres de diamètre, dont l'expulsion semble devoir se prolonger indéfiniment. Ces filaments, blanchâtres, semblables à du vermicelle, dégagent l'odeur fade du contenu des kystes sébacés : on croirait vider simultanément par plusieurs orifices, un de ces kystes, et de fait, on pourrait comparer la saillie sus-claviculaire à une agglomération des kystes sébacés, mais de kystes sébacés mollasses et incomplètement remplis.

3^o A la partie interne de la tuméfaction, on voit deux ulcérations mesurant les dimensions d'un pois, de forme arrondie, à bords décollés, à fond constitué par un bourgeon charnu, rose, atone et mou; ces ulcérations,

qui offrent une grande analogie avec celles des gommes scrofulo-tuberculeuses, sont à peine suintantes. La pression sur leurs bords fait sortir entre le bourgeon charnu et le bord de l'ulcération, d'abord une petite quantité de liquide puriforme, de consistance huileuse, mélangé de débris de matière caséuse, puis une grande quantité de matière caséuse, s'étirant en un cordon de 2 à 3 millimètres de large, analogue à celle qui suit la sortie des plus gros comédons.

La plaque de la région sus-claviculaire présente, à sa partie interne, dans la *région latérale du cou*, un prolongement vertical de 2 centimètres qui remonte jusqu'à 4 centimètres du lobule de l'oreille; à ce niveau, on ne constate que des comédons de petites dimensions.

Du bord supérieur de ce prolongement part une cicatrice oblique en bas et en avant, longeant le bord supérieur du sterno-mastoïdien, cicatrice mesurant 6 centimètres de long sur un demi-centimètre de large, et ayant à sa partie supérieure une bride en forme de pont semblable à celle que l'on voit fréquemment dans les cicatrices des lésions scrofulo-tuberculeuses; en dedans de cette bride, on voit une ulcération analogue à celle de la région sus-claviculaire, à l'extrémité de laquelle la pression fait également sortir une certaine quantité de matière caséuse étirée en un gras comédon, une trainée de 5 à 6 comédons semble prolonger la cicatrice à son extrémité antérieure, le long du sterno-mastoïdien. Une autre trainée se voit en arrière de l'angle de la mâchoire.

À la *région thoracique antéro-supérieure*, sur une bande à peu près horizontale, de 15 centimètres de longueur, étendue de l'articulation sterno-claviculaire gauche, à un centimètre au-dessous de l'extrémité externe de la clavicule, bande mesurant 1 centimètre de large à sa partie interne et 2 centimètres à 2 centimètres et demi à sa partie externe, un grand nombre de comédons semblables à ceux de la région sus-claviculaire; à la partie interne, ils sont environ 2 fois plus petits qu'à la partie externe, où ils atteignent les mêmes dimensions que dans la région sus-claviculaire.

Outre ces comédons, on voit sur cette bande, principalement dans sa partie interne, de petites saillies hémisphériques, blanches, brillantes, fermes, offrant tous les caractères des grains de milium; ces grains, faciles à énucléer, sont formés d'une masse blanche, peu résistante.

Dans les intervalles de ces diverses lésions, la peau est d'apparence normale, sauf un très léger aspect brillant et cicatriciel au niveau de la partie convexe de la clavicule.

Une autre bande, large de 1 centimètre environ, part de l'articulation sterno-claviculaire pour descendre jusqu'à la partie moyenne de l'espace intermaminaire en décrivant une très légère incurvation à convexité droite. Elle est constituée par des comédons moins colorés et moins profonds que ceux du cou, et par quelques grains de milium.

Dans la *région dorsale supérieure*, à 1 centimètre à gauche de la ligne médiane, au niveau des 6^e et 7^e apophyses épineuses cervicales, un groupe vertical de comédons, avec deux profondes dépressions cicatricielles.

Un peu plus en dehors, un groupe irrégulièrement triangulaire, mesurant 7 centimètres de côté, ayant son bord interne parallèle au rachis et commençant au niveau de la 1^{re} apophyse épineuse dorsale. Ce groupe, de

densité variable suivant les points, est constitué par des comédons semblables à ceux de la région sus-claviculaire. Vers son bord supérieur, il présente une cicatrice blanche, déprimée, transversale, de 15 à 16 millimètres de large, de 2 à 3 millimètres de profondeur, dont le fond est constitué par une série d'alvéoles dans lesquels se sont agglomérées de la matière sébacée et de la poussière.

Dans la partie supérieure du dos, on voit un certain nombre de comédons de petites dimensions, irrégulièrement disséminés.

Sur la partie antérieure du bras, on voit, à un examen attentif, 8 comédons d'un tiers de millimètre environ, disposés sur une ligne verticale de 6 centimètres longeant le bord interne du biceps.

Les lésions ulcéreuses des régions sus-claviculaire et sterno-mastoi-dienne ont été cautérisées au moyen de flèches de pâte de Canquoin, suivant la méthode employée par Lailler dans les gommes scrofulo-tuberculeuses. Les comédons les plus larges ont été cautérisés au galvano-cautère, puis les cavités qui les contenaient bourrées d'une flèche de pâte de Canquoin.

Sous l'influence de ce traitement, les ulcérations se sont réparées, les plus gros comédons ont été détruits et ne se sont pas reproduits, la saillie de la plaque s'est affaissée.

Aujourd'hui, on voit dans le creux sus-claviculaire : 1° des comédons peu volumineux, renfermés dans des alvéoles irréguliers ; 2° des cicatrices larges de 2 à 3 centimètres, légèrement gaufrées à leur périphérie, en voie de décoloration ; ces cicatrices, au nombre de 5, altèrent peu la forme de la région ; 3° au niveau du bord supérieur du placard une saillie du volume d'une petite noisette, dont la pression fait sortir, par un très minime orifice, une matière blanche, filante et huileuse.

Une saillie analogue, mais plus volumineuse, se voit au niveau du bord postérieur du prolongement cervical de la plaque sus-claviculaire.

L'ulcération de la région sterno-claviculaire est complètement cicatrisée.

Les lésions des autres régions n'ont pas subi de modifications sensibles.

Lorsque j'observai cette malade pour la première fois, j'avais été frappé de l'aspect des lésions, occupant exclusivement un côté du corps, et présentant, à la partie antérieure du thorax, une disposition en bandes qui certes n'était pas banale et dont la singularité même imposait la comparaison avec diverses variétés de naevi.

L'interrogatoire de la malade apprenait d'ailleurs que ces lésions remontaient au jeune âge et, sans doute, à la naissance. Il s'agissait donc bien d'un naevus.

Mais ce naevus sortait du cadre habituel : si on connaît déjà plusieurs variétés de malformations ou de lésions congénitales des glandes sébacées, on n'en avait pas, que je sache, signalé dans lesquelles la sécrétion sébacée, continuant dans les glandes congénitalement modifiées, donnât lieu à la formation de comédons.

En outre, à ce naevus-comédon, non encore connu, s'associaient des lésions qui, par plus d'un caractère, se rapprochaient des gommes scrofulo-tuberculeuses. Fallait-il donc admettre que, en plein naevus,

s'étaient greffées des lésions tuberculeuses ? A la vérité, semblable association m'avait semblé bien singulière, précisément parce qu'elle était trop intime : la coexistence d'une gomme scrofulo-tuberculeuse et d'un kyste sébacé déversant son contenu par l'ulcération même de la gomme et le long de celle-ci était une bien singulière coïncidence et tout me portait à admettre que la pseudo-gomme tuberculeuse était le résultat d'une évolution naturelle, ou une complication banale, par un pyogène ubiquitaire, de la difformité sébacée. A défaut d'un examen bactériologique et de cultures ou d'inoculations que je regrette de ne pas avoir tentés, j'étais amené par l'observation clinique à cette conclusion que les lésions si diverses et d'aspect si varié observées chez ma malade faisaient partie intégrante d'un même processus et constituaient un type clinique particulier.

Cette opinion a été pleinement confirmée lorsque j'ai vu à Londres la malade de M. Selhorst ; cette femme était atteinte également depuis sa naissance d'une affection occupant exclusivement le côté gauche du cou et de la poitrine et le bras gauche, et reproduisant, sous des proportions plus considérables, tous les traits qui m'avaient si vivement frappé chez ma malade : disposition en plaques ou en bandes verticales ou horizontales, comédons de dimensions variées séparés par des brides cicatricielles, ulcérations ressemblant à celles des écrouelles, mais développées au voisinage immédiat de foyers sébacés qui se déversent au dehors par l'ouverture même de la pseudo-gomme, tout y était.

Quelques-uns de ces caractères sont incomplètement décrits dans la note, un peu sommaire, dans laquelle M. Selhorst a rendu compte de sa présentation ; mais j'ai pu m'assurer par moi-même de leur existence incontestable chez sa malade.

Il y a donc lieu, ces deux cas s'éclairant l'un par l'autre et malgré l'absence de recherches expérimentales et histologiques, de décrire un type spécial de nævus acnéique, auquel convient le nom de nævus acnéique en bandes ou en plaques, à comédons et à kystes sébacés, susceptibles d'aboutir, probablement par infection pyogénique secondaire banale, à la production d'ulcérations pseudo-gommeuses.

Pour confirmer ou infirmer cette assertion et cette conception, j'ai recherché si, dans d'autres observations d'acné-comédon ou de nævus sébacé on n'aurait pas signalé en même temps qu'une systématisation analogue, des lésions ulcéreuses de même apparence. Mes recherches bibliographiques ont été infructueuses. Plusieurs dermatologistes anglais ont bien publié de cas de comédons systématisés (Crocker, *Lancet*, 19 avril 1884, p. 704 ; J. Cæsar, *Lancet*, 28 juin 1884, p. 1188 ; Thin, *Lancet*, 13 octobre 1888, p. 712 ; Crocker, *Lancet*, 27 octobre 1888, p. 813 ; Wetherell, *Lancet*, 27 janvier 1889, p. 169), mais leurs observations ont

trait à des sujets atteints d'acné-comédon vulgaire, acquise, offrant cette particularité de s'être développée sur des régions limitées du visage, symétriques ou non; rien n'y rappelle la disposition, en bandes et en groupes, occupant un seul côté du corps, qui produit un aspect si singulier et rapproche si étroitement la malade de M. Selhorst et la mienne.

Cette disposition correspond sans doute à quelque particularité anatomique ou embryologique. Il serait prématuré de spécifier celle-ci. Je noterai seulement qu'aucun trajet nerveux, ni aucun territoire nerveux jusqu'ici connu ne peut être superposé à une aussi bizarre lésion.

† Un cas d'urticaire pigmentée.

Par MM. J. DUBRISAY et GEORGES THIBIERGE.

L'enfant que nous avons l'honneur de présenter à la Société est atteint incontestablement d'urticaire pigmentée. Son histoire et les lésions actuelles ne s'écartent pas du cadre aujourd'hui bien connu de cette maladie. La seule particularité qui mérite d'être mise en relief est l'évolution de la maladie : constatée dans les jours qui ont suivi la naissance, elle s'est constituée de toutes pièces dans un temps assez court, pour rester ensuite stationnaire, et n'a pas donné lieu aux poussées aiguës si habituelles dans cette dermatose. En dehors de cette marche, un peu anormale, mais non sans exemple, ce cas ne sort pas de l'ordinaire, pas même par son étiologie, qui, malgré des recherches poursuivies dans les directions les plus variées, nous a totalement échappé.

C'est donc simplement une contribution à la casuistique d'une maladie rare que nous vous apportons.

Édouard-Marcel F..., âgé de 20 mois, est atteint d'une éruption qui actuellement (10 novembre 1896) présente les caractères suivants :

Sur le tronc, on voit des taches de coloration brunâtre tirant légèrement sur le rose, de forme un peu irrégulièrement arrondie ou ovale, mesurant au moins un centimètre de diamètre. A un examen attentif, on constate que l'épiderme au niveau de ces taches est un peu brillant, ses plis sont plus accusés que sur les parties adjacentes, les orifices glandulaires plus apparents.

L'ensemble de ces taches donne aux téguments de l'enfant un aspect tigré très remarquable. Dans la partie supérieure du dos, elles couvrent environ le tiers de la surface totale de la peau; à la partie moyenne du dos, elles se réunissent en un large placard à contours irréguliers; à la région lombaire, elles sont à peu près aussi abondantes que dans la

partie supérieure du dos; aux fesses, elles sont très peu nombreuses; à la partie antérieure du tronc, elles sont un peu moins nombreuses que dans le dos et un peu plus larges; sur les parties latérales, elles sont en nombre plus considérable.

Dans les intervalles des taches, la peau a ses caractères absolument normaux.

Lorsque l'on exerce avec l'ongle ou un corps mou une pression sur le tégument, on voit se produire, sur les parties saines, une coloration rouge, bien apparente, mais peu persistante; au niveau des taches, les phénomènes sont tout à fait différents: il se produit d'abord une rougeur qui s'étend à la totalité de la plaque, puis une saillie de coloration blanche nettement urticarienne, reproduisant en l'amplifiant le dessin que l'on a tracé sur le tégument; dans les points où la pression a été plus forte ou plus prolongée, le relief est plus accusé, plus étendu, rappelant l'aspect d'une vésicule. La saillie urticarienne persiste pendant plusieurs minutes.

A l'état habituel et lorsqu'on n'exerce pas de pression sur elles, les taches sont planes, ne dépassent pas le niveau des téguments adjacents. Cependant, en pratiquant très doucement la palpation à leur niveau, on constate qu'elles sont le siège d'une légère infiltration, se traduisant en outre par une augmentation de l'épaisseur du pli cutané lorsqu'on pince le tégument à leur niveau.

Aux membres inférieurs, on constate une large plaque brune à la partie antérieure de la cuisse droite; sur les jambes, on remarque un certain nombre de taches ovalaires, de 1 centimètre à 1 centimètre et demi de long, de coloration brune, tirant plus nettement sur le rouge que celles du tronc; quelques-unes de ces taches sont très légèrement saillantes, l'infiltration du tégument y est plus prononcée que sur celles du tronc et leur surface a plus nettement l'aspect gaufré, dû à l'élargissement et à la dépression des follicules pileux; à la partie postéro-inférieure du mollet gauche, on voit une plaque transversale de 2 à 3 centimètres de large, d'un rouge légèrement livide sur laquelle le gaufrage est plus apparent.

Aux membres supérieurs, les taches sont rares, plus étroites, moins colorées et moins apparentes que sur les membres inférieurs.

Au cou, sur toute sa circonférence, taches brunâtres, café au lait, ne présentant pas la moindre saillie, de 1 centimètre de largeur au maximum, confluentes à la partie postérieure.

Sur le front, éléments semblables à ceux du cou, irréguliers et déprimés.

Le reste du visage, en particulier les paupières, ne présente aucune trace d'éruption. On voit seulement, à la partie inférieure des joues, des taches peu apparentes à l'état normal, qui prennent une coloration rouge assez accusée lorsque l'enfant crie.

Aucune lésion apparente de la muqueuse buccale.

L'enfant ne semble éprouver aucun prurit: jamais, au dire de ses parents, il ne se gratte; on ne constate d'ailleurs aucune trace de lésions de grattage.

L'enfant est blond, mais vigoureux, bien portant.

Cet enfant, né à 8 mois et demi, le 6 mars 1895, pesait 2,850 gr. à sa naissance (1).

Antécédents. — La santé générale n'a pas toujours été aussi satisfaisante qu'elle est actuellement. Lorsqu'il a été amené, le 30 juillet, au Dispensaire du premier arrondissement, il avait, depuis plusieurs semaines, une diarrhée intense consécutive au sevrage et à une alimentation défectueuse. Sous l'influence de l'usage exclusif du lait stérilisé, les troubles digestifs ont disparu et l'état général s'est considérablement amélioré : son poids s'est élevé de 9,400 gr. (14 août) à 10,430 gr. (7 novembre).

Quant au début de l'affection cutanée dont il est atteint, voici les renseignements fournis par les parents à ce sujet.

Aussitôt après que la mère est revenue de la Clinique Baudelocque où elle était accouchée, — c'est-à-dire huit jours après la naissance, — on a constaté sur le corps de l'enfant la présence de taches rouges. Ces taches, que l'on avait cru devoir attribuer d'abord aux pressions exercées sur la peau de l'enfant pendant qu'on l'habillait, ne s'effaçaient pas : peu à peu, leur coloration s'est modifiée et est devenue brunâtre; le nombre de ces taches ne se serait pas accru depuis que leur existence a été remarquée; au contraire, il y en aurait eu primitivement un nombre plus considérable sur les membres supérieurs où quelques-unes se seraient effacées insensiblement.

Leurs dimensions se seraient accrues en proportion de l'accroissement de la taille de l'enfant.

Il semble bien établi, par des interrogatoires réitérés, qu'il ne s'est jamais produit de poussées nouvelles, semblables à celles qu'on observe ordinairement dans l'urticaire pigmentée, accompagnées ou non de fièvre ou de prurit.

Les parents ont seulement remarqué que les taches sont d'une couleur plus vive lorsque l'enfant se réveille ou lorsqu'on le sort du bain; puis, au bout d'un temps court, elles reprennent leur couleur habituelle.

Antécédents héréditaires. — Père âgé de 35 ans; n'a fait d'autre maladie sérieuse qu'un rhumatisme articulaire aigu l'an dernier.

Mère, âgée de 30 ans, n'a jamais eu de maladie de peau, ni d'autre maladie grave, n'a jamais présenté de troubles nerveux notables. Pendant sa grossesse, elle n'a pas éprouvé de trouble marqué de la santé générale; cette grossesse a même été moins pénible que la première; elle n'a pas, pendant ce temps, souffert de privations et ne peut retrouver le souvenir d'aucune peur ou d'aucune émotion.

Ni dans la famille du père, ni dans celle de la mère, originaires tous deux de l'Ille-et-Vilaine et non consanguins, on ne connaît de cas analogue.

L'enfant a une sœur âgée de 3 ans, qui ne présente aucune lésion cutanée.

(1) Nous devons ce renseignement à l'obligeance de M. le professeur Pinard, qui a bien voulu nous faire savoir que pendant le séjour de l'enfant dans son service, l'éruption n'avait pas été remarquée.

Collodion à l'huile de cade.

PAR E. GAUCHER.

J'ai l'honneur de présenter à la Société une préparation de collodion cadique, renfermant un tiers d'huile de cade incorporée à deux tiers de collodion à l'acétone.

Le collodion à l'acétone a été employé récemment comme excipient d'un certain nombre de substances, usitées comme topiques dans les affections cutanées. M. Schif (de Vienne), notamment, a fait préparer des collodions à l'acide pyrogallique, au goudron, à l'ichtyol, à l'acide salicylique, etc. Jusqu'à présent, à ma connaissance du moins, on n'avait pas pensé à faire un collodion à l'huile de cade. C'est cette lacune que j'ai voulu combler, car je pense que l'huile de cade est un des meilleurs médicaments que nous possédions en dermatologie et beaucoup trop abandonné aujourd'hui.

Cette préparation fait disparaître la plupart des inconvénients de l'huile de cade. Elle permet d'abord de n'appliquer le médicament que sur les points malades et de l'y maintenir. Elle ne tache pas le linge, quand on laisse suffisamment sécher le collodion avant de recouvrir les malades. Enfin l'odeur de l'acétone, qui n'est pas désagréable, masque en grande partie celle de l'huile de cade.

J'ai employé ce collodion cadique dans le psoriasis, dans l'eczéma sec lichenôïde, dans le lichen simplex chronique, avec induration et épaississement de la peau, dans l'eczéma nummulaire, à la période squameuse terminale de tous les eczémas et dans l'eczéma séborrhéique. Cette préparation me paraît devoir être également efficace dans le lichen plan corné.

Le collodion cadique m'a semblé guérir les plaques de psoriasis dans le même temps que la traumaticine chrysophanique et ne présente pas les mêmes dangers qu'elle.

Il peut être appliqué sur les plaques les plus étendues et sur toute la surface du corps.

Les badigeonnages doivent être répétés chaque jour avec un pinceau d'ouate, sur toutes les parties atteintes. Le matin, le malade prend un bain d'amidon ou fait un lavage avec une éponge et de l'eau tiède, avant la nouvelle application du topique.

J'insiste sur la nécessité d'employer de l'huile de cade pure de genévrier et de l'acétone pure, exempte d'eau, pour obtenir une bonne préparation. Si ces conditions ne sont pas remplies, le collodion est, suivant les cas, tantôt trop fluide et sèche difficilement, tantôt trop épais, d'une application difficile et la pellicule ne forme pas une adhérence suffisante.

M. BESNIER. — Les collodions à l'acétone ont été introduits à l'hôpital St-Louis il y a déjà beaucoup d'années, par Lailler, et je les ai moi-même, à cette époque, mis en expérimentation, en y incorporant tout ce qui était employé dans le traitement du psoriasis. Je n'ai pas tardé à renoncer, comme méthode générale, à leur emploi, le procédé par friction étant de beaucoup le plus actif pour faire pénétrer les agents médicamenteux dans les tissus en état de psoriasis. C'est seulement quand la substance active a été incorporée par friction, qu'il peut y avoir avantage à la recouvrir, soit de collodion acétonique, soit de traumaticine, soit d'un emplâtre adhésif.

M. GAUCHER. — Je ferai remarquer à M. Besnier que ce collodion renferme un tiers d'huile de cade, et que cette forte proportion explique son efficacité. En ce qui concerne le psoriasis, le médicament que je présente a un grand avantage. Il peut s'appliquer en badigeonnages sur une étendue considérable de la peau, ce qui ne pourrait se faire impunément avec la traumaticine à l'acide chrysophanique.

Sur un lichen plan limité à la muqueuse buccale.

Par H. HALLOPEAU et SCHREDER.

Les faits de cette nature se sont singulièrement multipliés depuis quelques années; l'un de nous en a encore présenté un exemple à la Société dans sa séance du 10 avril dernier: il est bien vraisemblable que l'augmentation dans le nombre de ces cas n'est qu'apparente et qu'elle est due exclusivement aux progrès du diagnostic; il n'est pas douteux, en effet, que ce lichen plan buccal n'ait jusqu'ici été confondu le plus souvent, soit avec une syphilide, soit avec une leucoplasie.

Notre nouveau fait montrera comment l'on peut éviter une pareille erreur en même temps qu'il nous fournira quelques indications relativement à la nature probable de la maladie.

Le 22 octobre dernier, le nommé Pr..., âgé de 38 ans, nous dit avoir remarqué depuis deux mois, sur le dos de sa langue, deux plaques légèrement indurées.

Peu de temps après, des plaques blanches apparaissent sur la muqueuse des joues.

Ces lésions sont à peine douloureuses, et seulement au moment de la mastication.

Actuellement, les plaques linguales, dont l'une a un peu augmenté, présentent l'aspect de deux pains à cacheter.

Celle de gauche est assez régulièrement ovale; cependant quelques petits irrégularités existent sur certaines parties de son contour; elle donne au toucher une sensation parcheminée.

Il y existe aussi trois petites saillies de la grosseur d'un grain de millet avec dépression centrale, et plusieurs autres dépressions périphériques

rappelant les dépressions de papules cutanées. Cette plaque est à peu près de niveau avec les saillies papillaires. Lorsqu'on promène le doigt sur sa surface, on la sent lisse et exempte de papilles.

La plaque située à gauche diffère de la précédente par ses contours nettement polycycliques. Elle a la forme d'un triangle irrégulier à base antérieure. Elle est plus indurée que la précédente. Son bord est nettement arrêté. On y voit un sillon antéro-postérieur, des saillies linéaires, de la grosseur de petites têtes d'épingles et plus dures. Elle présente les mêmes points centraux et les mêmes dépressions que celles du côté opposé.

Sur la joue gauche, les lésions sont multiples : en arrière, on voit des taches lenticulaires, semblables à celles de la langue, puis, à côté d'elles, des figures étoilées avec irradiations périphériques ; cette série de lésions, correspond au bord alvéolaire des dents inférieures.

Depuis la dernière grosse molaire jusqu'à la canine, on constate une traînée continue de plaques confluentes avec irradiations. Des altérations semblables correspondent à la mâchoire supérieure, mais elles sont moins marquées.

Même disposition à droite, avec cette différence que les plaques multiples y sont remplacées par une seule assez grande.

Sur la face dorsale du gland, on voit une petite tache brillante, d'un rouge sombre, limitée par un très fin soulèvement polygonal.

Le malade assure n'avoir jamais eu la syphilis.

Le diagnostic de lichen plan buccal est nettement établi par la disposition en stries étoilées des plaques des joues ; avec M. Wickham, nous le considérons comme pathognomonique ; on ne l'observe jamais, ni dans la syphilis, ni dans la tuberculose, ni avec cet aspect, dans la leucoplasie buccale.

Si l'on fait abstraction de la très petite lésion du gland dont la nature est contestable, nous pouvons admettre qu'il s'agit ici, comme dans les cas de M. Frèche, d'un lichen plan limité à la cavité buccale et rien ne prouve jusqu'ici qu'il doive s'étendre à la surface cutanée.

Comme particularités dignes d'intérêt, nous relevons l'aspect de pains à cacheter que présentaient les plaques du dos de la langue : cet aspect a été signalé déjà par M. Wickham pour les plaques cutanées, mais l'analogie est ici beaucoup plus frappante en raison de la blancheur éclatante de ces lésions et de leur contraste avec la couleur rouge de la muqueuse ; lorsque l'on se trouvera en présence de pareilles altérations, il y aura donc lieu de penser à un lichen plan.

Les stries des plaques des joues sont, comme MM. Brocq et Wickham l'ont déjà fait remarquer à juste titre, identiques dans leur distribution à celles qui se détachent avec une couleur opaline sur les plaques de la peau ; elles sont ici particulièrement intéressantes en ce sens qu'elles existent seules ; lorsqu'un examen histologique aura permis de déterminer avec précision quel en est le siège, on

saura quelle est la localisation principale des altérations; c'est, très vraisemblablement, le pourtour du vaisseau.

Une autre particularité intéressante, dans ce cas, est l'absence presque complète de sensations douloureuses; il n'y a rien chez ce malade qui ressemble à du prurit; c'est d'ailleurs la règle dans le lichen plan buccal; ce fait montre que sa cause prochaine diffère de celle des lichénisations secondaires. Il est de toute évidence, en effet, que celles-ci sont un des modes de réaction de la peau contre le prurit, mais il n'en est pas de même de celui-là; l'indolence de ses lésions en fournit la démonstration.

Le manque, en pareil cas, de tout phénomène susceptible d'être rapporté à un trouble de l'innervation, et particulièrement de troubles sensitifs et vaso-moteurs, atrophie, ainsi que le défaut de localisation à des trajets nerveux contribuent également à rendre peu vraisemblable la théorie trophonévrotique; la propagation du mal suivant un réseau est bien plutôt en faveur de la théorie parasitaire; il en est de même des remarquables effets thérapeutiques que produit en pareil cas la médication arsenicale.

Nous tirerons de ce travail les conclusions suivantes :

1° *Les stries opalines, radiées ou étoilées, caractérisent le lichen plan buccal ;*

2° *Elles en permettent le diagnostic en l'absence de toute lésion cutanée ;*

3° *Elles sont, comme l'ont bien vu MM. Brocq et Wickham, identiques à celles des boutons cutanés ;*

4° *Elles sont indolentes, nullement prurigineuses; ce fait indique que le lichen plan n'est pas, comme les lichénisations secondaires, provoqué par le grattage ;*

5° *L'absence de tout trouble de l'innervation sensitive, vaso-motrice et trophique ainsi que de localisation suivant des trajets nerveux rendent peu vraisemblable la théorie qui rattache à un trouble trophonévrotique la genèse de cette dermatose.*

M. FOURNIER. — Nous connaissons parfaitement ces plaques blanches de la langue et des joues, que nous désignons sous le nom de plaques opalines, sans pouvoir les spécifier davantage. Mais pour quelles raisons, sur quels arguments M. Hallopeau s'appuie-t-il pour ranger ces lésions dans le lichen plan? Ce malade n'a rien à la peau qui autorise ce diagnostic.

M. HALLOPEAU. — Les plaques développées à la langue, si elles existaient seules, ne seraient pas, jusqu'ici, démonstratives; mais celles des joues ont un caractère des plus significatifs: ce ne sont pas des plaques à proprement parler, mais des stries entre-croisées, étoilées, qui autorisent certaine-

ment le diagnostic de lichen en raison de leur ressemblance avec les stries qu'on rencontre dans les papules des éléments cutanés du lichen plan et de leur coexistence fréquente avec cette éruption.

M. WICKHAM. — Lorsque j'ai rappelé, il y a quelque temps, l'attention sur la présence dans les éléments cutanés du lichen plan de Wilson, de stries blanchâtres, pour les considérer comme pathognomoniques, j'ai dit après M. Brocq qu'il y avait une analogie frappante entre ces stries et celles qui constituent le lichen de la muqueuse buccale. Dans tous les cas où il coexistait des lésions aux muqueuses, et des papules cutanées à stries très nettes, la comparaison était facile à faire et l'analogie saisissante. Il est certain que chez le malade que mon cher maître M. Hallopeau présente à la Société, je retrouve très exactement sur la muqueuse des joues les stries que j'ai été habitué à reconnaître dans mes observations antérieures.

Sur un nouveau cas de l'affection dite *folliculis* et ses rapports possibles avec la tuberculose.

Par H. HALLOPEAU et G. BUREAU.

Ce fait présente la plus grande ressemblance avec celui qu'ont décrit sous des noms divers MM. Brocq, Barthélemy, Dubreuilh, Pollitzer et, tout récemment, MM. Tenneson, Leredde et Martinet. On y peut suivre pas à pas la marche des lésions : leur début dans la couche profonde du derme, leur évolution aboutissant à la formation d'une vésico-pustule, leur mode de groupement symétrique sur la face postérieure des membres, particulièrement au niveau des articulations, les cicatrices à l'emporte-pièce, d'abord pigmentées, puis décolorées, constituent un ensemble de caractères qui ont fait admettre, à juste titre, qu'il y a là un type clinique distinct.

On ne possède jusqu'ici aucune notion relativement à la nature de cette dermatose ; l'histoire de notre malade, rapprochée d'autres faits cliniques, paraît, à cet égard, digne d'attention.

Elle peut être résumée ainsi qu'il suit :

La nommée Marie M..., cartouchière, âgée de 35 ans, entre le 22 octobre 1893 à l'hôpital Saint-Louis, salle Lugol, lit n° 23.

Pas d'antécédents héréditaires.

En 1885, M. Nicaise lui enleva un volumineux ganglion suppuré de l'aisselle droite. Cette adénite s'était développée lentement et existait déjà depuis plus d'un an quand la malade se décida à se faire opérer, parce que cette tumeur était devenue douloureuse. Depuis un an environ, un nouveau ganglion est survenu dans l'aisselle gauche.

C'est au printemps de l'année 1893, qu'apparut pour la première fois l'affection qui amène la malade à l'hôpital. Il se développa d'abord, sur la face dorsale des doigts, de petits boutons qui, primitivement durs, aug-

mentaient de volume, suppurait à leur sommet, se recouvraient d'une croûte et se desséchaient finalement. Ils évoluaient par poussées successives, de nouveaux éléments se formant incessamment. Depuis cette époque, bien que beaucoup plus abondante au printemps qu'en hiver, cette éruption n'a jamais cessé de se produire au niveau des mains. Au printemps de l'année suivante (1894), il y eut une forte recrudescence de l'affection aux doigts, mais elle leur resta encore localisée.

En 1895, au printemps encore, troisième poussée ; mais cette fois l'éruption s'étendait aux coudes, à la partie postéro-supérieure des avant-bras et à l'oreille gauche. Elle dura quatre mois environ, puis cessa complètement, sauf toujours au niveau des mains, laissant des cicatrices indélébiles.

Enfin, cette année, vers le mois de mai, quatrième poussée, plus intense encore que les précédentes, puisque en outre des sièges précédents, elle s'étendit aux membres inférieurs. Les lésions ont toujours été beaucoup plus accentuées du côté gauche que du côté droit.

État actuel. — Bien que d'apparence assez robuste et disant ne pas tousser, cette femme présente cependant des *signes manifestes d'induration du sommet droit*. A ce niveau, surtout en arrière, la tonalité est plus élevée que du côté gauche, les vibrations sont augmentées, l'inspiration est diminuée, et l'expiration prolongée. Dans l'aisselle gauche, sous le bord externe du grand pectoral, on sent un ganglion du volume d'un œuf de pigeon ; ce ganglion est dur, mobile et non douloureux. Tous les autres organes paraissent sains.

Quant à l'éruption, au moment où nous voyons la malade, la poussée de cette année est déjà sur son déclin : néanmoins, il se développe encore quelques éléments nouveaux et on voit des nodules d'âges différents qui permettent parfaitement de suivre les différents stades de leur développement.

Description des éléments. — Les lésions débutent sous forme de petits nodules profonds de la dimension d'une tête d'épingle à un grain de millet. Ils sont durs, arrondis, intradermiques, se laissent mobiliser avec les téguments sur les plans profonds, ne sont pas douloureux spontanément ou à la pression et ne donnent aucune sensation spéciale à la malade.

Les éléments évoluent lentement ; à mesure qu'ils augmentent de volume, ils proéminent davantage sur les téguments. Ils offrent alors une forme arrondie ou légèrement acuminée et atteignent en général les dimensions d'une petite lentille. L'épiderme se soulève à leur sommet ; il se forme une petite vésicule contenant un peu de liquide limpide ; dès ce moment, on aperçoit souvent au centre de l'élément un point plus foncé. Autour de la papule existe une légère zone inflammatoire, de couleur rose ou rouge, disparaissant sous la pression du doigt.

Plus tard, le liquide se trouble, devient franchement purulent, d'une belle couleur jaune et le centre de l'élément s'ombilique ; la zone inflammatoire périphérique s'accroît ; le nodule a, du reste, à ce moment, beaucoup augmenté de volume et atteint les dimensions d'un pois ; sa forme est arrondie ou légèrement ovale ; sa couleur varie du rouge clair au rouge foncé ; à son sommet se trouve la pustulette avec son ombilication cen-

trale. Si, avec une aiguille, on perce la pustulette, on fait sourdre par pression une goutte de pus jaune, très épais; et si, après avoir évacué ce pus, on enlève l'épiderme qui recouvrait la pustule, on met à nu une dépression cupuliforme, une petite cavité, une sorte de petit puits pénétrant profondément dans le derme.

Si, au contraire, la lésion évolue spontanément, c'est-à-dire sans ouverture de la pustulette, il ne tarde pas à se former à sa surface une petite croûte centrale, qui s'agrandit au fur et à mesure du dessèchement de la pustule et paraît comme formée de cercles concentriques.

Dès que se forme la croûte, le nodule commence à s'affaisser tout en persistant cependant encore sous forme de papule. La croûte est très adhérente au nodule desséché; elle se laisse difficilement enlever avec l'ongle; après l'avoir arrachée, on voit que sa face profonde en forme de cône pénétrait dans la petite dépression dont nous avons parlé plus haut. A mesure que le nodule s'aplatit, sa zone périphérique inflammatoire diminue.

Enfin, en dernier terme, la croûte tombe et, à sa place on trouve une cicatrice de forme arrondie ou ovale, déprimée, à bords nets, taillés à pic comme par un emporte-pièce. Cette cicatrice varie, comme dimensions, d'un grain de millet à une lentille; quelquefois elle est un peu plus étendue; elle est pigmentée, de couleur rouge brun; elle présente parfois une teinte cuivrée et est toujours entourée d'une auréole pigmentée. L'aspect de cette cicatrice rappelle un peu celui des cicatrices syphilitiques.

Plus tard, la pigmentation s'atténue, jusqu'à disparaître complètement; c'est ainsi que les cicatrices de l'année dernière sont aujourd'hui complètement blanches, sans pigment, mais toujours déprimées et offrant souvent un petit point central plus foncé et plus excavé.

Chacun de ces éléments se développe assez lentement, et met environ d'un mois à un mois et demi à parcourir le cycle complet de son évolution. Ils évoluent par poussées successives, les uns étant complètement terminés, alors que d'autres apparaissent. Ils ne déterminent aucun phénomène subjectif chez la malade, ni douleur, ni prurit, ni cuisson; au stade de pustulation seulement, ils sont légèrement douloureux à la pression.

Tous les éléments parcourent les différents stades que nous venons d'indiquer; au dire de la malade, il n'arrive qu'extrêmement rarement que quelques-uns avortent avant la suppuration. Par contre, à la période de pustulation, si la pustule est ouverte accidentellement, il peut se faire à ce niveau une infection secondaire et se produire de véritables petits abcès, comme il en existe actuellement un sur l'index gauche. Cette complication est très rare; elle ne se serait produite que trois fois depuis le début de l'affection.

Répartition des lésions. — Elles sont disposées d'une façon presque absolument symétrique, localisées sur le côté extenseur des membres et principalement sur les membres supérieurs, le reste du corps et de la face en sont indemnes, les oreilles exceptées. Elles siègent surtout au niveau des articulations (coudes, genoux, poignets, articulations des phalanges). Elles sont beaucoup plus accusées du côté gauche que du côté droit.

Réunis par groupes, mais non agminés en placards, tous les éléments conservent leur individualité propre. Au niveau de ces groupes, on peut voir des nodules à toutes les périodes de leur évolution ; bien que ce qui domine actuellement, la poussée étant à son déclin, ce soient les nodules avec croûtes et les cicatrices.

Membres supérieurs. — Membre supérieur gauche. — Sur les faces externe et antérieure du bras existe une dizaine d'éléments isolés et disposés sans ordre. C'est cette année pour la première fois que l'éruption s'est développée sur le bras.

Ce sont surtout des cicatrices ; quelques nodules cependant conservent encore leur croûte centrale.

Coude. — A ce niveau les éléments sont groupés à la face postérieure de l'articulation et au nombre de plusieurs centaines ; mais ils sont tous extrêmement avancés dans leur développement ; on n'en voit aucun au début ou à l'état de pustule ; quelques-uns forment encore des nodules rouges, acuminés, recouverts d'une croûte. Ce qui domine ici, ce sont les cicatrices ; elles revêtent les caractères que nous avons indiqués précédemment ; la plupart sont encore pigmentées ; il existe cependant une quinzaine de cicatrices blanches, dépigmentées, vestiges de l'éruption de l'année précédente.

Avant-bras. — Au niveau du tiers supérieur de la face postéro-externe de l'avant-bras, on voit un autre groupe d'une cinquantaine d'éléments dont un assez grand nombre sous forme de cicatrices blanches avec point central foncé et plus déprimé. Sur le bord externe du poignet existe un autre groupe, moins important comme nombre, mais dont les éléments sont encore rouges, papuleux et centrés par une croûte ; à ce niveau, on trouve même un élément tout à fait au début, de la grosseur d'un grain de millet, dur et enchassé dans le derme.

Main. — Rien dans la paume de la main ; quelques éléments sur le bord cubital et notamment, près de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'auriculaire, un petit nodule tout à fait au début.

Doigts. — Sur le pouce, un nodule avec croûte au niveau de l'articulation des phalanges.

L'index est le plus atteint des doigts ; il présente une teinte violette, livide ; les éléments sont très nombreux sur sa face dorsale et son bord interne, ceux en activité siégeant surtout au niveau des articulations, tandis que sur les phalanges on voit plutôt des cicatrices. Un élément pustuleux existe sur le bord de ce doigt, et, sur sa phalangette, un autre, qui a été ouvert et infecté secondairement, forme un petit abcès.

Le médius présente surtout des lésions anciennes.

L'annulaire est beaucoup moins atteint.

L'auriculaire présente près de l'ongle un élément pustuleux.

Sur la face palmaire des doigts, il existe un seul élément au niveau du petit doigt.

Membre supérieur droit. — Les lésions beaucoup moins accentuées de ce côté présentent à peu près la même disposition ; les éléments du coude et de la partie supérieure du bras sont réunis en un seul groupe. Celui de l'extrémité inférieure de l'avant-bras ne comprend qu'une dizaine d'éléments dont une cicatrice ancienne.

Sur les doigts, les lésions sont surtout accusées au pourtour des articulations ; au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index, on voit des éléments anciens, entourés d'une couronne d'éléments nouveaux à l'état de nodules non suppurés.

Membres inférieurs. — Rien au niveau des cuisses.

Sur le genou gauche, les lésions sont groupées au-dessous à la rotule ; un élément séparé se trouve à la partie supéro-interne de la rotule. Du côté droit les lésions sont réunies au-devant de la rotule ; elles sont toutes à la période des cicatrices pigmentées. A la partie postérieure de la jambe droite, on voit deux éléments isolés.

Pieds. — Sur le bord externe du pied gauche, deux petits nodules de la dimension d'un grain de millet et trois petites macules sur le côté interne du cou-de-pied ; sur la face interne du pied droit, quatre petits éléments à la période de vésicule avec auréole inflammatoire ; sur le bord externe, deux ou trois éléments anciens et un élément à la face palmaire du quatrième orteil de ce pied.

Oreilles. — Sur l'hélix de l'oreille gauche existent deux cicatrices anciennes et sur l'anthélix six ou sept éléments récents. Deux petits nodules se trouvent également sur le bord de l'hélix de l'oreille droite.

Examen bactériologique. — Du pus de ces pustulettes ensemencé sur divers milieux n'a donné lieu à aucune culture.

L'examen histologique de ces petits nodules, à plusieurs stades de leur développement, sera donné ultérieurement.

Si l'on cherche quelles peuvent être la pathogénie et la cause prochaine de ces altérations, on est conduit à admettre que l'on a affaire très vraisemblablement à une maladie infectieuse et à confirmer ainsi la manière de voir exprimée, en 1890, par M. Barthélemy.

Il ne s'agit pas d'une infection provoquée par la pénétration dans le derme des microbes pyogènes banals : l'absence complète de ces parasites constatée par M. Darier, par M. Jacquet et par nous-même est, à cet égard, significative.

Le siège profond des lésions initiales éloigne de même l'idée d'une infection provenant directement du dehors ; selon toute vraisemblance l'agent contaminant est donc apporté par la circulation dans les vaisseaux du derme où il détermine les altérations.

Avons-nous quelques indications relativement à la nature possible de ce contagé ? notre malade est tuberculeuse : il existe, comme nous l'avons vu, chez elle, des signes évidents de bacillose pulmonaire ; il est très probable que l'adénopathie volumineuse dont nous avons signalé la présence dans l'aisselle est de même nature.

Or est-ce là un fait isolé ? nullement : notre collègue M. Tenneson nous a dit avoir observé récemment deux cas de cette dermatose sur des sujets atteints de lupus vulgaire ; dans l'un d'eux, le lupus avait été primitivement érythémateux ; nous rappellerons que l'un de nous a présenté en 1895 à la Société, avec M. Le Damany, une malade chez laquelle il existait concurremment des lésions qui offraient tous

les caractères objectifs, en certains points de la folliculis, en d'autres du lupus, de telle sorte que nous n'avons pu arriver à un diagnostic ferme entre ces deux maladies.

Nous ne faisons aujourd'hui aucune difficulté pour admettre que nous avons eu affaire simultanément à ces deux affections et de penser que vraisemblablement il s'est agi de manifestations concomitantes d'une même infection, la tuberculose; nous ajouterons qu'il s'est développé communément une éruption papuleuse miliaire très analogue à celle du lichen scrofulosorum.

On peut objecter, il est vrai, l'absence de bacilles; mais l'un de nous s'est efforcé récemment d'établir qu'il existe toute une série de manifestations tuberculeuses dans laquelle ces éléments font défaut et que l'on est en droit de rapporter, à l'action, soit de toxines, soit d'une forme bactérienne encore indéterminée, mais autre que le bacille de Koch (1).

Il est donc possible qu'il s'agisse là d'une tuberculose de la peau.

M. Darier avait eu, sans s'y arrêter l'idée de cette hypothèse et elle ressort également du travail de MM. Tenneson, Leredde et Martinet.

Nous dirons ultérieurement quelle signification pourront avoir à ce point de vue les lésions histologiques que nous aurons constatées.

Comme particularités cliniques, nous ferons remarquer le siège initial des éléments éruptifs dans la couche profonde du derme, l'absence d'ombilication primitive, la dépression centrale ne survenant que secondairement à l'ouverture de la vésico-pustule, les localisations des lésions dans les lieux d'élections signalés par M. Barthélemy, et le caractère presque pathognomonique des cicatrices pigmentées, brillantes et comme coupées à l'emporte-pièce qu'elles laissent à leur suite.

Si des observations ultérieures amènent définitivement à rattacher cette dermatose à la tuberculose, il faudra sans doute la placer à côté du lichen scrofulosorum et des folliculites suppuratives, parmi les manifestations toxiques de cette infection.

Filaire de Médine, ver de Guinée.

Par M. LÉON PERRIN (de Marseille).

L'organisation, la structure, le développement de la filaire de Médine sont bien connus depuis le livre classique de R. Leuckart sur les parasites humains. Son traitement, d'après les ouvrages de der-

(1) HALLOPEAU. *Congrès de Londres*, 1896.

matologie, paraît très simple : « dès que le ver se montre, on n'a qu'à l'enrouler autour d'une baguette et le retirer avec précaution ; cette opération exige de dix à quinze heures » (1).

Il est loin d'en être toujours ainsi ; le cas que nous avons observé sur un jeune nègre arrivant du Dahomey, et les communications orales que divers médecins coloniaux et explorateurs ont bien voulu nous faire, nous ont persuadé que la filaire de Médine aux colonies peut causer de graves désordres, produire des accidents quelquefois redoutables et même la mort quand elle est observée chez des soldats en colonne, exposés à des infections multiples, aux fatigues, aux privations de toutes sortes.

Avant de rapporter le fait que nous avons observé, les interventions chirurgicales nécessitées par les diverses complications qui se sont manifestées, nous rappellerons que la filaire de Médine, ver de Guinée ou dragonneau, est un helminthe nématode des pays tropicaux ; on le rencontre principalement sur les côtes occidentales de l'Afrique (Sénégal, Guinée, etc.). On a longtemps discuté sur la voie par laquelle il pénètre dans l'économie. Est-ce par la peau ou par la bouche ? L'opinion admise aujourd'hui est que les jeunes vers pénètrent dans le corps de petits crustacés microscopiques, connus sous le nom de cyclopes, et qui sont partout communs dans l'eau douce ; c'est en buvant cette eau avec leurs habitants que l'on s'infeste. Arrivé dans l'économie par le tube digestif, le ver se fixe sous la peau, surtout aux membres, aux bras, aux avant-bras, aux jambes et aux pieds ; il s'y développe, devient adulte et complet ; il donne lieu alors à des tuméfactions inflammatoires (bulles, furoncles, etc.), à l'ouverture desquelles une portion du ver devient visible. Sa longueur varie de cinquante centimètres à deux et quatre mètres. D'après le nègre que nous avons soigné, on prétend dans son pays que cette longueur est égale à la taille de l'individu qui en est porteur.

Nègre de 14 à 15 ans, grand, robuste, 1 m. 50 de taille, originaire de Porto-Novo ; venu du Dahomey comme boy de M. X..., résident colonial. Le 15 décembre 1895, sur le côté externe du pied droit, au niveau de la face interne de la partie moyenne du cinquième métatarsien ainsi que dans le premier espace interdigital, apparition d'une bulle suivie d'exulcération ; on croit à une ampoule produite par la pression de la chaussure que l'on fait porter au nègre depuis quelques jours. Il n'en était rien ; celui-ci montre, en effet, deux jours après à son maître un petit filament blanc, au niveau de la partie exulcérée du bord externe du pied. Le nègre ayant reconnu immédiatement qu'il s'agissait d'un ver, essaie de l'enrouler autour d'une tige de bois. Pour y arriver et pour faire sortir le ver, il

(1) *Pathogénie et traitement des mal. de la peau*, par le P. KAPOSI, 2^{me} édit. française, t. II, p. 911.

plonge le pied dans l'eau froide; sous cette influence quelques centimètres du parasite sortent spontanément; le nègre procède lui-même plusieurs fois par jour, en plongeant chaque fois le pied dans l'eau froide, à l'enroulement du ver par tractions successives et avec les plus grandes précautions. Le 20 décembre, le ver est cassé, on ne voit plus qu'un filament blanchâtre sortant par l'orifice cutané; on ne peut le saisir pour l'enrouler de nouveau. Pansements antiseptiques humides. Le 23 décembre, le malade a eu pendant la nuit de l'agitation; le matin il a de la fièvre, T. 38°,6, il est triste, abattu; le pied est tuméfié et douloureux sur toute la partie externe et en arrière de la malléole; un phlegmon circonscrit s'était développé dans la gaine des péroniers. Le lendemain, on fait entrer le malade au dispensaire des Enfants-Malades, où après chloroformisation malgré sa résistance, notre excellent collègue et ami le Dr Métanas-Zani incise le phlegmon, le draine en arrière de la malléole externe et au niveau du cinquième métatarse. Guérison rapide. L'orifice fistuleux du côté externe du pied par où le ver avait commencé à sortir se cicatrise et celui-ci ne reparait plus en ce point.

Le 4 janvier, il se montre au niveau de la petite exulcération siégeant dans le premier espace interdigital. Deux fois par jour, matin et soir, après avoir fait plonger le pied dans l'eau froide (qui véritablement paraît avoir une action sur la sortie spontanée du ver), on l'enroule très lentement et très délicatement sans faire de traction forte; on extrait ainsi à chaque séance de un à cinq et six centimètres du parasite. On peut évaluer à 35 ou 40 centimètres, la partie extraite de cette manière. Tout allait bien, aucune inflammation ne se produisait, grâce à des pansements antiseptiques, après chaque séance d'extraction, quand le 15 janvier, sous l'influence d'un mouvement brusque du pied (le malade a peut-être ressenti un peu de douleur), le ver est de nouveau cassé et ne peut être saisi de nouveau. Le lendemain, après chloroformisation, le trajet fistuleux est incisé; on tombe dans un tissu cicatriciel lardacé; le ver se distend comme un ressort et peut être saisi et enroulé de nouveau dans une étendue de 20 à 30 centimètres; lotions et pansements antiseptiques. Tous les matins le pansement est renouvelé et on essaie d'enrouler le ver autour de la tige de bois; on ne peut en extraire que de très petites quantités; pendant la nuit, le malade défait son pansement et, en voulant procéder lui-même à l'extraction, casse le ver pour la troisième fois.

Comme le malade devait partir le 25 janvier pour le Dahomey, le 21 janvier, après chloroformisation, le Dr Métanas fait une nouvelle intervention; incision dans le premier espace interdigital, contre-ouverture à la plante du pied. Lavages et drainage; le ver n'est pas retrouvé. Deux jours après, le drain est enlevé et le 25 janvier le nègre peut être embarqué avec plaies en bonne voie de cicatrisation qui a été dirigée par le médecin du bord. Le malade est arrivé en bon état au Dahomey sans que le ver se soit montré de nouveau et sans qu'il se soit produit aucune complication inflammatoire.

La lecture de cette observation montre que l'extraction de la filaire de Médine par les procédés employés par les nègres est loin d'être

facile, prompte et exempte d'accidents. Ce n'est pas en dix à quinze heures que dans notre cas elle a pu se faire, le malade a été en traitement pendant quatre ou cinq semaines, sans compter la durée de la traversée pour rentrer au Dahomey. Ce malade pourtant, était en France dans de bonnes conditions hygiéniques, le pied était immobilisé, des pansements antiseptiques étaient fait régulièrement. Au début nous avons laissé le nègre procéder lui-même à l'extraction, comme le font ses compatriotes. Nous avons vu que pour produire la sortie du ver, il plongeait fréquemment le pied dans l'eau froide. C'est un détail que nous n'avons trouvé signalé nulle part.

Malgré les tractions lentes et successives que le malade pratiquait pour enrouler sa filaire, elle s'est cassée une première fois ; cet accident a été suivi d'un phlegmon du pied et de la gaine des péroniers. Non traité chirurgicalement et antiseptiquement, cette complication aurait pu amener des désordres graves. Après l'incision et le drainage de ce phlegmon, le ver ne se montre plus sur les bords externes du pied, mais va apparaître dans le premier espace interdigital au niveau d'un trajet fistuleux, consécutif à l'ouverture d'une bulle. En ce point pendant quelques jours l'extraction a été faite par des tractions successives très lentes ; mais malgré ces précautions, le ver s'étant cassé et ne sortant plus spontanément, on a été obligé de faire des incisions dans le premier espace interdigital et d'aller à sa recherche. La première fois on le retrouve dans un tissu cicatriciel et lardacé, il se détend brusquement comme un ressort et peut être enroulé. De nouveau cassé au bout de quelques jours, des incisions sont pratiquées dans l'espace interdigital et à la plante du pied ; il n'est plus retrouvé ; cicatrisation régulière des incisions sans que le ver ait reparu.

Grâce à l'antisepsie, il n'y a eu aucun accident ; mais en serait-il de même dans les pays tropicaux sur des troupes en colonne ? Assurément non ; aussi pourrait-on quand le trajet n'est pas tortueux, essayer d'y pousser une injection de sublimé qui tuerait l'animal et désinfecterait le conduit. Quand le trajet est tortueux, ce qui est malheureusement le cas le plus fréquent, le plus simple serait, quand le ver est cassé pendant que l'on procède à son extraction, de ne pas attendre l'éclosion d'accidents inflammatoires et d'aller à sa recherche, d'inciser largement la région qu'il occupe, la désinfecter et le tuer ainsi par les lavages antiseptiques. En procédant ainsi, on se mettrait à l'abri des accidents ordinairement observés de phlegmons circonscrits ou diffus, de suppurations prolongées, de lymphangites et quelquefois de gangrène et de mort.

Traitement du furoncle au début par les scarifications quadrillées suivies de l'application d'un pansement antiseptique humide.

Par M. LOUIS DUMONT (de Saint-Vaure).

Le furoncle constitue une affection très banale, un vulgaire bobo, mais particulièrement gênante et douloureuse, contre laquelle bien des médications et bien des topiques ont été essayés.

Nous avons eu l'idée — il y a une dizaine d'années de cela — d'employer le mode de traitement appliqué avec tant de succès par Vidal dans les affections chroniques de la peau, les scarifications linéaires multiples.

Au lieu de simples lignes parallèles nous avons pratiqué un quadrillage complet de scarifications distantes d'un à deux millimètres, intéressant tout le derme et dépassant légèrement la base de la papule furonculaire.

Ces scarifications peu douloureuses (il s'agissait pour la première fois d'un cas personnel) provoquent un soulagement immédiat par la déplétion sanguine à laquelle elles donnent lieu. On favorise cet écoulement sanguin en lavant soigneusement au moyen d'un tampon de coton hydrophile imbibé de sublimé au millième ou de toute autre solution antiseptique et on applique un pansement humide (sublimé ou acide phénique)(2). Dans la journée la sensation d'empâtement, la douleur disparaissent; le lendemain le furoncle est absolument indolore et n'est plus représenté que par une petite papule surmontée d'une croûte sanguine. On peut supprimer le pansement et abandonner la papule à l'air libre.

Fort de cet exemple personnel, nous avons depuis employé ce procédé dans une trentaine de cas (chez des militaires) et toujours avec succès: quelquefois il a fallu recourir à une seconde séance de scarification le lendemain, jamais à une troisième.

Toutefois une condition essentielle du succès est que le traitement soit institué dès le début, ce qui est facile, le diagnostic du furoncle s'imposant généralement par la douleur tout à fait caractéristique que la pression de la papule provoque et l'empâtement du derme avoisinant qui en résulte (1). Il est également indispensable de scarifier assez profondément, de manière à bien traverser le derme.

La supériorité de ce traitement très simple sur l'incision cruciale avec laquelle il a beaucoup d'analogie nous semble provenir de ceci:

(1) Nous avons toujours employé le sublimé au millième ou l'acide phénique à 2 p. 100.

(2) Les papules acnéiques se transformant en pustules (avec lesquelles on pourrait confondre) et donnent à la pression un peu de pus ou de sébum concrété, dont l'issue entraîne un soulagement immédiat et définitif.

les scarifications déterminent une saignée relativement abondante qui entraîne le germe infectieux, et d'autre part, elles ouvrent une large surface d'absorption au topique antiseptique.

Note sur le traitement du psoriasis par les injections de calomel.

Par M. A. BERTARELLI (de Milan).

Un peu en retard, je viens de lire la communication que M. Brault fit à la Société française de dermatologie et de syphiligraphie, dans la séance du 9 juillet 1896, sur le *traitement du psoriasis par les injections mercurielles*. Cette communication me rappelle que, moi aussi, en 1882, j'avais employé ce traitement, et précisément les injections de calomel, contre le psoriasis, si je ne me trompe, après le conseil du professeur Scarenzio. Je crois intéressant de communiquer à l'honorable Société les conclusions auxquelles j'étais arrivé en 1882 sur cet argument, maintenant que M. Brault a attiré l'attention des dermatologues sur cette nouvelle application des injections mercurielles.

Les malades que j'ai soumis à ce traitement furent seulement au nombre de deux : tous les deux présentaient un psoriasis très étendu. A l'un de ces malades j'ai pratiqué deux injections, chacune de 20 centigrammes de calomel, aux bras, comme l'on faisait alors habituellement, selon la méthode pure de Scarenzio ; à l'autre, j'en ai pratiqué trois, dans la même région, et à la même dose. Entre une et l'autre injection j'ai toujours mis un intervalle de vingt jours.

Chez mes deux malades aucune amélioration ne suivit ce traitement ; au contraire, l'un d'eux, peu de jours après une de ces injections, présenta au bras droit, à l'endroit où la piqûre avait été faite, et où la peau était auparavant parfaitement saine, normale, une tache rouge, de forme ovale, de 8 centimètres de longueur, de 5 de largeur, laquelle, petit à petit, s'épaissit, puis se recouvrit de squames grisâtres, présenta en somme tous les symptômes d'un placard de psoriasis.

Ces deux succès absolus me persuadèrent que le mercure, administré à l'intérieur, n'a aucune action sur le psoriasis, tandis qu'il s'est montré quelquefois utile, chez mes malades, appliqué à l'extérieur sous forme de bains au sublimé corrosif ; et dès lors, moi, qui emploie dans ma pratique, soit en ville, soit à l'hôpital, presque toujours le traitement hypodermique, et plus fréquemment avec le calomel, contre la syphilis, depuis 14 ans, je n'ai plus voulu recourir à ce moyen de traitement dans le psoriasis.

Et maintenant je vois avec satisfaction que, bien que, ayant expé-

rimenté avec plus de confiance et de persévérance que moi, et avec des résultats meilleurs que les miens, M. Brault lui-même croit ne pas devoir continuer ce mode de traitement contre le psoriasis.

Sur un mode non décrit d'intoxication arsenicale.

Par M. A. VÉRITÉ.

Observateurs exacts des prescriptions du médecin pour les granules d'acide arsénieux ou les gouttes de Fowler, les malades sont moins scrupuleux si l'arsenic est ordonné sous forme d'eau minérale naturelle. Aussi, les signes d'intoxication ne sont pas très rares après l'ingestion de l'eau arsenicale de la Bourboule, à la station thermale ou à domicile. Ils éclatent d'ordinaire du côté des voies biliaires. Vomissements, diarrhée fréquente, sensibilité de la région hépatique, augmentation du volume du foie, retour de coliques hépatiques disparues parfois depuis longtemps, tels sont les symptômes qui, à des degrés divers, depuis la simple inappétence jusqu'à une sorte de *choléra* arsenical, s'observent chez les malades intoxiqués.

Le pouls augmente de fréquence et le malade accuse une sensation de froid, en désaccord avec l'élévation de sa température. Cette fièvre est souvent consécutive aux troubles gastro-intestinaux, cesse avec eux et n'est pas directement due à l'arsenic. Il faut craindre aussi d'attribuer à ce médicament une élévation de température due à la maladie qui l'a fait prescrire.

Cette crainte n'existait pas chez le jeune G..., 9 ans, qui n'était qu'occasionnellement à La Bourboule pour accompagner son frère, que m'y adressait M. le professeur Jaccoud. Je fus appelé, un soir de juillet, auprès de lui; je le trouvai un peu prostré; le pouls battait 130 pulsations; la température dépassait 40°. Cet état durait depuis la veille. La soudaineté de ces phénomènes, l'absence de prodromes éloignaient l'idée d'une fièvre continue; il n'avait pas d'ailleurs d'aspect typhoïde. L'examen des organes ne décelait rien; l'enfant se plaignait peu de la tête et du ventre. J'appris qu'arrivé depuis trois jours, un médecin l'avait vu et avait prescrit deux quarts de verre d'eau arsenicale, source Choussy-Perrière, chaque jour, et une irrigation nasale de dix minutes de durée.

L'eau minérale représentait 2 milligr. 1/2 d'arséniate de soude du Codex, en boisson. C'était insuffisant pour expliquer une telle fièvre.

Je m'enquis sur la manière dont avait été prise l'irrigation nasale. J'appris que notre jeune malade avait fermé la bouche au lieu de l'ouvrir et de respirer largement pendant la douche de Weber. L'eau

minérale, au lieu d'entrer par une narine et de sortir par l'autre, avait été ingérée.

L'enfant avait pris une dose d'arsenic difficile à préciser, mais que je ne crois pas inférieure à 1/2 centigramme, correspondant à 2 centigrammes d'arséniate de soude du Codex. J'ordonnai un lavement émollient et du lait.

Le lendemain matin la température tombait à 38°,5, pour remonter le soir à 40. Je fis cesser le sulfate de quinine qui avait été prescrit et je donnai un purgatif salin. La fièvre diminua rapidement, mais notre jeune malade fut faible plusieurs jours.

La chaleur et l'acide azotique avaient montré un nuage dans l'urine ; je continuai le lait, un litre par jour.

A la même époque, M. Lancereaux faisait à l'Académie de médecine une très intéressante communication sur les *Dangers de la médication par l'arsenic* (1) dans laquelle il note la fièvre parmi les symptômes d'intoxication arsenicale.

Dans le *Bulletin* du 22 septembre suivant, M. Lancereaux complète cette communication par l'analyse chimique des urines des malades dont il a rapporté les observations.

Cette analyse a donné par la méthode de Marsh, avec vérification, des taches montrant la présence de traces d'arsenic dans l'urine, « bien que l'emploi de cette substance ait été cessé depuis près de « cinq mois » (Lancereaux).

En cas d'intoxication par l'arsenic il faut donc en cesser l'administration et ne la reprendre que plusieurs mois après et avec prudence pour en éviter l'accumulation.

On devra surveiller de très près la manière de donner la douche de Weber avec une solution d'arséniate de soude, puisque c'est un mode possible d'intoxication arsenicale.

+ Arthropathies syphilitiques.

Par M. DANLOS.

(Observation recueillie, par M. HERRENSCHMIDT, interne du service.)

Charles B..., 34 ans, musicien. Entré le 4 novembre 1896, à Hillairet, n° 4.

Antécédents héréditaires. — Pas lieu de soupçonner la syphilis chez ses parents.

Antécédents personnels. — A eu la rougeole comme enfant. A fait 5 ans de service militaire et n'a eu pendant cette période aucun accident pouvant rappeler la syphilis.

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*. Séance du 21 juillet 1896.

De 23 à 27 ans, a vécu avec une femme dont il a eu 4 enfants: 2 sont morts d'atropisie.

Blennorrhagie en 1894 ayant duré 1 mois et demi.

Début. — Entre à Saint-Louis en février 1895. On constate à cette époque des syphilides papulo-tuberculeuses, acnéiques et de l'ecthyma, et une périostose pariétale, mais pas de plaques muqueuses génitales ou buccales, pas de syphilis palmaire ou plantaire, pas de céphalée ni d'alopécie. La recherche de l'accident primitif pratiquée par M. Danlos reste infructueuse.

Pendant son séjour à Saint-Louis se déclarent des céphalées à prédominance nocturne et d'une intensité extrême, des arthralgies au niveau des deux genoux et des deux coudes suivies rapidement de tuméfaction et d'hydarthrose. Les lésions ont toujours été prédominantes à droite.

Soigné par frictions mercurielles de IK, il part au mois de juin pour Vincennes, presque guéri.

Suit une période de 4 mois pendant lesquels le malade s'est bien porté; il a pu marcher sans le secours d'aucune canne.

Revient à Hillairet en octobre 1896, pour son coude droit. Tuméfaction considérable de la région, ressemblant, dit le malade, aux lésions actuelles.

Traitement: frictions iodure de potassium et bains sulfureux. A sa sortie le bras pouvait s'étendre presque complètement.

En janvier 1896 revient à Hillairet pour une gomme localisée à la tête du péroné droit et au creux poplité. Reste un mois à l'hôpital.

Depuis cette époque le malade n'a éprouvé que de temps à autre quelques douleurs articulaires qui cédaient au bout de quelques jours à l'iodure de potassium.

Depuis juillet 1896, le coude droit s'est tuméfié lentement et progressivement; les mouvements se sont limités de plus en plus.

Depuis les derniers jours d'octobre le genou et le coude gauche se prennent à leur tour et décident le malade à revenir à Saint-Louis, le 5 novembre 1896.

État actuel, 8 novembre 1896. — 1° *Lésions cutanées.* — Cicatrices d'ecthyma siégeant particulièrement aux membres inférieurs où elles ont la dimension d'une pièce de 0 fr. 50 à 2 francs. Quelques cicatrices semblables mais lenticulaires sur les fesses, les lombes et le dos.

En outre 3 cicatrices de la dimension environ de la paume de la main; deux d'entre elles, à la cuisse et à la fesse gauche, semblent dues à des pustules d'ecthyma devenues confluentes; mais jamais leur guérison n'a été durable. Des pustules suivies de croûtes y ont toujours siégé et en ont peu à peu augmenté l'étendue. Actuellement on y constate des ulcérations à bords peu élevés, reposant sur une induration très superficielle, et entourées d'une zone inflammatoire bien marquée à la fesse surtout. La 3^e cicatrice siége au creux poplité droit, les ulcérations y sont plus indurées et plus profondes et donnent plutôt l'idée d'une gomme que celle de l'ecthyma. Aucune plaque muqueuse buccale, pas d'alopécie.

2° *Lésions osseuses et articulaires.* — A la tête. — Le malade présente deux périostoses de la dimension d'une pièce de 5 francs chacune, l'une au niveau de la bosse pariétale droite, l'autre de la bosse frontale du même côté. Ces

périostoses sont caractérisées par une légère saillie dépassant les parties voisines de 2 ou 3 millim. à peine, mais suffisante pour gêner le malade lorsqu'il veut mettre une coiffure rigide. Leur centre est fluctuant et autour on sent un léger bourrelet. Cette exploration est douloureuse pour le malade; on détermine, en outre, une douleur exquise en palpant la partie culminante de la périostose pariétale. Ces périostoses ne sont le siège d'aucune rougeur; mais la température locale y est plus élevée au dire du malade. Cette absence de rougeur se retrouve au niveau des lésions articulaires.

Coude droit. — L'avant-bras est à angle droit sur le bras, l'articulation est globuleuse et cette déformation frappe d'autant plus, qu'il y a une atrophie considérable des muscles du bras. Les muscles de l'avant-bras sont moins atrophiés. Cette tuméfaction blanche est sillonnée de quelques veinosités. La température locale y est plus élevée.

A la palpation, intégrité du radius et du cubitus. Toutes les lésions semblent porter sur l'épiphyse inférieure de l'humérus, et tandis que l'épitrachée est à peine tuméfiée, il existe à la partie postéro-externe de l'articulation une saillie osseuse du volume d'une mandarine qui semble dépendre de l'épicondyle.

Cette saillie masque en arrière l'articulation radio-humérale.

Autour de cette saillie il y a un léger empâtement des parties molles, un peu fluctuant par places et éveillant plutôt l'idée d'une hydarthrose que de fongosités.

Pas de douleurs spontanées. Les douleurs provoquées par la palpation sont tolérables, sauf au point central de la tuméfaction où le contact du doigt provoque une douleur très vive.

Les mouvements de flexion et d'extension sont limités à un angle de 10 à 12° environ et sont moins entravés par la douleur que par un obstacle mécanique.

Les mouvements de pronation et de supination sont presque complètement conservés; ils déterminent une crépitation perceptible au niveau de la tête radiale.

Signalons l'hypertrophie des ganglions épitrachéens et d'un ganglion à la face interne des bras.

Coude gauche. — Tuméfaction siégeant au niveau de l'olécrâne.

La palpation montre que le radius et l'humérus sont sains; la tuméfaction est uniquement développée aux dépens de l'olécrâne, elle est du volume d'une grosse noix et présente un point central déprimé où existe de la fluctuation.

C'est aussi ce point le plus douloureux; ailleurs la douleur est très supportable.

Pas de fluctuation au voisinage de l'hyperostose, pas de craquements articulaires.

La pronation et la supination sont intégralement conservées, de même que la flexion, mais l'extension ne peut être complète.

Pas de ganglion épitrachéen notable.

L'atrophie musculaire est moins marquée que du côté opposé.

Main gauche. — Tuméfaction à la face dorsale, au niveau du premier métacarpien; rien à la paume.

A la palpation, on constate une hypertrophie générale du premier métacarpien, mais prédominante en son milieu et donnant ainsi l'idée d'un fuseau.

Les os voisins sont absolument sains.

Les mouvements de l'articulation métacarpo-phalangienne sont douloureux, ceux de l'articulation médio-phalangienne sont libres. — Le malade peut fermer le poing; mais ne peut le serrer à cause de la douleur et de l'atrophie musculaire.

Genou droit. — Tuméfaction générale de l'articulation particulièrement marquée à sa face interne.

A la palpation, point douloureux sur le bord inférieur du condyle interne.

Un peu d'hydarthrose.

Les mouvements sont conservés, mais gênés par la douleur, pas de crépitation.

Un peu d'atrophie des muscles de la cuisse.

A son entrée le malade présentait des céphalées en casque plus marquées à droite.

Elles ont considérablement diminué actuellement.

Aucun signe de syphilis viscérale.

L'état général est peu satisfaisant : pâleur, faiblesse, inappétence.

Traitement. — Deux, puis trois cuillerées à soupe d'un sirop contenant par cuillerée : 1 centigr. de biiodure de IK, 2 gr. g.

Les points les plus intéressants à relever dans cette observation sont :

1° Le défaut de constatation du chancre initial;

2° La gravité de la syphilis qui depuis deux ans a multiplié ses coups d'une manière presque incessante, frappant d'une façon exclusive la peau et le système ostéo-articulaire; à l'exception des muqueuses qui ont toujours été respectées;

3° Les trois poussées d'arthropathies. La première (mars 1895), développée en même temps qu'une syphilide varioliforme généralisée, a revêtu l'apparence d'un rhumatisme polyarticulaire subaigu (tuméfaction, hydarthrose).

La deuxième (octobre 1895) avait plutôt le type d'arthrite déformante.

C'est celui qu'elle affecte d'une manière très caractérisée dans la manifestation actuelle (novembre 1896).

Les lésions du coude droit sont si accusées, qu'à un examen superficiel, en raison de l'atrophie musculaire, de la déformation et de l'attitude demi-fléchie, on pourrait croire à une tumeur blanche. L'absence de fongosités, d'attitude fixe rendent la différenciation facile. En raison du caractère des déformations on aurait pu songer à une arthrite déformante blennorrhagique ou à la forme exceptionnelle de rhumatisme chronique, qui s'attaque exclusivement aux grandes jointures. L'absence de blennorrhagie ne permet pas de s'arrêter à la

première idée; quant à la seconde, le défaut de douleurs au repos, la rapidité d'évolution, la répartition des lésions qui au lieu de frapper la totalité de l'article comme dans le rhumatisme, se concentrent sur une partie des extrémités osseuses (épicondyle à droite, olécrâne à gauche), en envahissant la diaphyse, suffiraient pour la rejeter. Ajoutons enfin, que si un doute pouvait persister sur l'interprétation, les conditions de développement du mal toujours accompagné de syphilides et de périostoses, et l'effet du traitement spécifique qui deux fois déjà a fait complètement justice des lésions, lèveraient toute incertitude.

Érythrodermie exfoliante de nature probablement mycosique.

Par M. DANLOS (deuxième présentation).

(Observation prise par M. HERRENSCHMIDT.)

Eugène C..., 64 ans, ébéniste, entré le 14 octobre 1896, à Hillairet, n° 21.

Antécédents héréditaires. — Les parents sont morts âgés et jusque dans leur vieillesse ont été bien portants. Pas de tare pathologique à relever dans sa famille.

Antécédents personnels. — Gourmes, rougeole comme enfant, quitte la province à 17 ans, pour venir à Paris.

Marié à 26 ans, n'a pas eu d'enfants.

Le malade a toujours été fort buveur de vin (quatre litres en moyenne par jour) et a eu autrefois des crampes dans les mollets, des cauchemars. Ces phénomènes ont disparu depuis le long temps que le malade est au régime.

Début. — Vers l'âge de 58 ans, le malade a eu entre les cuisses des démangeaisons accompagnées de rougeur et d'un léger suintement. La maladie subissait des poussées et parfois disparaissait pendant plusieurs mois pour reparaitre ensuite.

Mais les poussées devenant de plus en plus intenses, le scrotum, la face interne des cuisses furent le siège d'un œdème assez dur, dans le cours de 1895.

Peu après apparurent entre les doigts des rougeurs avec boutons, dit le malade.

Toutes ces lésions ont toujours été prurigineuses, mais il ne semble pas y avoir eu à aucune époque de vésicules.

En août 1895 le malade fut obligé de s'aliter, tout son corps devenant le siège d'un œdème rouge et luisant, que sa femme compare à un érysipèle généralisé. Prurit intense avec suintement considérable et fièvre.

Cette poussée dura 15 jours environ, puis au suintement succéda une desquamation à grandes squames. Même après la première poussée la peau ne reprit plus sa coloration normale.

Une nouvelle poussée succéda bientôt à la première et ainsi de suite jusqu'au mois de décembre 1895 où le malade entra à Saint-Louis pour la première fois.

On constata une rougeur générale de la peau avec teinte violacée aux mains et aux membres inférieurs, une exfoliation en larges écailles séparées par des sillons curvilignes ; un épaissement et une infiltration du derme ; par suite de l'amaigrissement, un plissement de la peau devenue trop large ; une tuméfaction œdémateuse des extrémités digitales avec intégrité des ongles ; une chute partielle des poils de la barbe et des cheveux ; un suintement léger par les fissures intersquameuses, aux aisselles et aux aines, un engorgement ganglionnaire, indolent et aphlegmasique.

État général bon, malgré l'amaigrissement, l'inappétence. Prurit intense ; pas de lésions viscérales.

Trois semaines après son entrée à l'hôpital, le malade avait engraisé ; son prurit avait diminué.

Plus de suintement ni d'exfoliation. Persistance peut-être plus intense de la rougeur. La couleur violacée avait tourné au noir dans les parties déclives.

En quelques points du corps et du crâne on constata des plaques passagères d'œdème.

Le malade à cette époque (janvier 1896) fut présenté à la Société de dermatologie avec le diagnostic d'érythrodermie exfoliante.

Depuis, il a subi des poussées nouvelles, les forces et la santé générale ont baissé peu à peu. C'est dans cet état qu'il est revenu à Saint-Louis, le 14 octobre 1896.

A son entrée dans le service, le malade est en pleine poussée. Son état général est mauvais, inappétence complète ; le soir la température monte à 38°,5, le matin 37°,7.

Il répond mal aux questions qu'on lui pose.

Ce qui caractérise surtout cette poussée, c'est un *suintement* abondant extrêmement prurigineux.

Quand on découvre le malade, il s'échappe de dessous les draps un nuage de vapeur d'une odeur forte.

Le malade est traversé. Le suintement est général mais prédominant dans le pli interfessier et la région scrotale.

Les parties exposées à l'air sont le siège d'une *desquamation* à petites squames ; ainsi le cuir chevelu, la face, les membres supérieurs quand le malade se découvre.

La *coloration* fondamentale de la peau est rouge violacé. Elle passe jusqu'au noir dans les points qui suintent le plus. Le visage est brun foncé. Le cuir chevelu est pris également.

Il existe par places, surtout aux genoux, aux fesses, des *zones dépigmentées* à limites nettes où la peau est simplement rouge.

Ces plaques ont une forme très irrégulière et varient de la dimension d'une lentille à celle de la paume de la main. On trouve d'ailleurs des plaques de transition où la couleur est intermédiaire entre le rose et la couleur violette générale.

La palpation dénote un *épaississement du derme* avec lichénification. A la face interne des cuisses, il y a en outre dans le derme des *nodosités* indolores, du volume d'une lentille ou d'une groseille. Ces nodules sont d'ailleurs très mal limités et se confondent insensiblement avec le derme épaissi tout autour d'eux.

D'une façon générale, la peau paraît trop ample pour le malade amaigri et forme des *plis* au cou et aux jointures.

Le *système pileux* est malade également; au cuir chevelu existent des aires circulaires rappelant l'aspect de la pelade; les cheveux qu'on y trouve sont grêles et décolorés.

En ces points le cuir chevelu lui-même est dépigmenté.

Une plaque analogue existe à la barbe qui dans son ensemble est d'ailleurs très peu fournie.

Les sourcils, les cils sont tombés en partie.

Aux aisselles, à peine quelques poils follets; un léger duvet au pubis; partout ailleurs la peau est glabre.

Les *ongles* ne sont pas malades, mais soulevés dans leur partie libre par un bourrelet corné et polis par le grattage perpétuel que le malade exerce sur son corps. C'est un grattage léger, mais ininterrompu et irrégulier.

La *langue* est comme desquamée à la pointe et ses papilles en paraissent plus saillantes.

Rien aux gencives ni aux conjonctives.

La *sensibilité* est obtuse et retardée.

Aucune lésion viscérale.

Urines normales.

Depuis son entrée à l'hôpital, l'état général du malade s'est relevé. Néanmoins sa courbe thermique après être retombée à la normale a subi une nouvelle ascension accompagnée encore de suintement et d'une exagération de prurit; mais cette poussée n'a duré que 5 jours environ.

Actuellement (9 novembre 1896), le malade est apyrétique; dans l'espace de 12 jours, il a engraisé de 1 kilogr.

Le *suintement* n'existe plus qu'au scrotum et la *desquamation* est localisée au cuir chevelu.

La *coloration*, presque brune clair à la partie supérieure du tronc, est restée violette à l'abdomen et aux lombes.

Aux membres supérieurs, elle devient plus foncée de haut en bas; les aines sont presque violettes et la coloration s'atténue vers les pieds.

Le *scrotum* et le pli interfessier sont presque noirs.

La face a une coloration marron clair. Depuis l'entrée du malade les *zones de dépigmentation* ont augmenté de dimensions; certaines d'entre elles atteignent actuellement la grandeur de la main; leur nombre s'est multiplié; mais on ne les rencontre toujours que sur les membres inférieurs, les fesses et la région sacrée. Après la chute de la fièvre, l'*épaississement de la peau* semble avoir un peu diminué et les petits *nodules* intradermiques dégagés de l'œdème, ont paru augmenter de nombre et de volume. Certains d'entre eux ont atteint la dimension d'un gros pois, et leurs contours sont devenus plus nets; mais depuis une dizaine de jours ils dimi-

nuent rapidement et leurs limites s'effacent. Nombre d'entre eux sont en voie de régression rapide.

On a pu constater à la partie postérieure du crâne, l'apparition de deux plaques d'œdème de la dimension d'une pièce de 2 francs.

Elles ont cédé spontanément dans l'espace de 4 à 5 jours.

Le traitement a été purement local, le malade a été graissé journellement à la vaseline.

Les faits les plus saillants à relever dans l'évolution de cette érythrodermie de janvier à novembre, sont l'altération progressive de l'état général qui semblait, au moment de l'entrée, véritablement inquiétant et l'apparition des nodules temporaires signalés dans l'observation. Ils semblaient confirmer l'hypothèse que j'avais émise lors de la première présentation, sur la nature de ce cas considéré comme un fait de transition entre la lymphodermie pernicieuse et le mycosis. Toutefois l'aspect des petites tumeurs cutanées, analogues à de grosses papules cadiques, dont elles ne se distinguaient que par leur pénétration plus profonde dans le derme, ne nous paraissant pas absolument caractéristique, nous avons dû recourir à l'examen microscopique que M. Leredde a eu l'obligeance de pratiquer. Ainsi qu'on le verra dans la note ci-jointe de M. Leredde, l'histologie a révélé, à quelques différences près, la nature mycosique de la petite tumeur enlevée et l'examen du sang a montré une leucocytose intense : 112,500 globules blancs par millimètre carré, double constatation à l'appui de notre hypothèse. Sous certains rapports, le cas précédent se rapproche de celui dont R. Krefting a publié dans les *Annales de dermatologie*, décembre 1895, l'intéressante observation.

Note de M. LEREDDE sur l'examen du sang et la tumeur biopsiée sur le malade précédent.

La biopsie a été faite au moment où les nodules dermiques atteignaient leur volume maximum : elle a porté sur un nodule de l'avant-bras de la grosseur d'un pois, intra-dermique, sans rougeur limitée, ni excoriation superficielle. Fixation dans le sublimé acide, inclusion dans la paraffine.

A un faible grossissement, on constate :

a) Un épaissement, inégal, mais toujours notable de la couche cornée.

b) Le corps muqueux pousse dans le derme de longs prolongements. Entre eux les papilles, minces et hautes également, sont à leur sommet moins distantes de la surface épidermique qu'à l'état normal.

c) Il existe une infiltration cellulaire considérable du derme, envahissant la région papillaire et sus-papillaire dans son ensemble, cloisonnée du reste à ce niveau, pas de travées conjonctives, qui la décomposent en foyers arrondis à centre vasculaire et formant dans la profondeur du derme des foyers généralement élargies les uns des autres. Cette infiltration cellulaire est peu serrée et il est facile de reconnaître l'existence d'un réticulum.

d) Il existe de larges fentes vasculaires en de nombreux points du derme.

e) Les glandes sudoripares sont dilatées.

Nous analyserons d'abord les caractères de l'infiltration dermique, qui paraît la lésion principale.

Partout où elle existe on constate la présence d'un réticulum.

La dissociation du tissu conjonctif est poussée à son maximum dans les papilles, la région sus-papillaire et les amas cellulaires arrondis de la profondeur : on ne voit plus que des fibres fines, courtes, unies les unes aux autres et seulement près des faisceaux des fibres plus volumineuses qui s'insèrent à leur paroi ; en général celle-ci est dense, plus épaisse qu'à l'état sain. Dans la profondeur du derme, là même où l'infiltration cellulaire est à son minimum, on constate une tendance à la dissociation, rarement on rencontre les gros faisceaux conjonctifs normaux ; les plus épais sont réduits au tiers de leur volume normal. Les cellules insérées sur le réticulum sont séparées les unes des autres par des espaces libres ; il existe donc un œdème prononcé.

Les caractères cytologiques des éléments qui forment l'infiltration dermique sont les suivants :

La plupart sont des plasmazellen, de toutes dimensions, les unes très petites, les autres volumineuses, d'autres à deux, même trois noyaux.

Dans les foyers, mêlées aux plasmazellen on constate des cellules, conjonctives, à gros noyau, à protoplasma étalé. Enfin, surtout à la périphérie des foyers, on constate des cellules éosinophiles en nombre modéré.

Certains foyers contiennent des leucocytes polynucléaires nombreux, d'autres n'en contiennent presque aucun.

Dans les couches sous-papillaires surtout on constate la présence de granulations pigmentaires réunies en amas polygonaux ou allongés, à prolongements multiples ; granulations volumineuses de couleur ocre, légèrement colorées par les couleurs basiques ; les amas sont parfois pourvus d'un noyau allongé, clair.

Enfin il faut signaler, soit dans les amas cellulaires, soit plutôt en dehors d'eux, de nombreuses mastzellen.

Les vaisseaux de tout calibre sont généralement dilatés, surtout les veines qui forment les fentes que l'on observe à un faible grossissement. Il faut remarquer la prolifération des cellules endothéliales qui s'amassent les unes près des autres, limitant la lumière des vaisseaux.

Les lésions épidermiques n'offrent pas grand intérêt. Les cellules du corps muqueux sont larges ; on constate dans la couche basale plus de karyokinèse qu'à l'état normal, *jamais de pigment*. Il n'existe pas de couche granuleuse. La couche cornée toujours épaisse l'est extrêmement en certains points ; à leur niveau seulement elle contient de la graisse. On n'y trouve pas de noyaux aplatis.

Les glandes sébacées ont disparu.

Quant aux glandes sudoripares, elles sont remarquables par leur dilatation tant dans leur portion sécrétante que dans leur portion excrétaire. Les cellules de sécrétion sont larges, œdémateuses et ne contiennent pas de graisse. Du reste, il n'en existe pas dans la profondeur du derme, quoique la biopsie ait été faite profondément.

Nous avons laissé de côté les lésions du tissu élastique ; on trouve en grand nombre dans le derme des fibres allongées, qui prennent les couleurs d'aniline basiques. Mais on sait que cette lésion est habituelle dans la peau sénile (Unna).

Examen du sang : Globules rouges 3,350,000.

Globules blancs 112,500.

Étude qualitative des globules blancs :

31 polynucléaires.

Sur 100 leucocytes : 32 mononucléaires et lymphocytes.

37 éosinophiles.

Nous devons maintenant comparer les résultats fournis par l'examen histologique de la peau et l'étude hématologique à ceux qui avaient été obtenus en janvier 1896, époque où le malade fut présenté à la Société de dermatologie.

Au point de vue histologique, il n'existe pas de différences bien importantes. Les éléments cellulaires qui forment l'infiltration sont à peu près les mêmes, les plasmazellen sont plus nombreuses, mais je n'avais pas autrefois une connaissance assez précise des caractères de ces éléments pour affirmer que je ne me suis pas trompé en notant seulement leur présence en quelques points. Dans les lésions actuelles, il est évident qu'elles forment la majeure partie des cellules qui constituent les amas dermiques, que ces amas sont des plasmomes au sens que leur donne Unna. Je dois encore noter la présence de leucocytes polynucléaires dans quelques-uns de ces amas, sans que l'épiderme soit ouvert, sans qu'il en existe dans le corps muqueux.

Le réticulum est encore plus apparent qu'autrefois.

En somme, les lésions cutanées sont plus intenses qu'elles n'étaient jadis, mais leur structure essentielle est la même.

Elles ne se distinguent des lésions du mucosis fongoïde que par trois points : la présence de cellules polynucléaires, d'éosinophiles et d'amas pigmentaires.

La présence d'éosinophiles et même de polynucléaires se rattache aux lésions sanguines sur lesquelles nous allons revenir, et qui n'existent pas, elles, dans le mycosis tel que nous le connaissons.

L'existence d'une pigmentation intense n'est pas connue non plus dans le mycosis, mais nous avons vu dans le service de M. Quinquaud un exemple remarquable de mycosis à type pigmentaire, dont l'observation n'a malheureusement pas été publiée, croyons-nous. Le diagnostic, incertain au point de vue clinique en raison de la pigmentation seule, a été prouvé dans ce cas par l'étude histologique.

Les lésions sanguines, depuis le mois de janvier 1896, se sont beaucoup aggravées ; la leucocytose est devenue manifeste (112,500 globules blancs), il existe environ quinze fois plus de globules blancs par millimètre cube qu'à l'état normal. Les éosinophiles sont 270 fois plus nombreux que chez un sujet sain, les lymphocytes et les mononucléaires 15 fois et les polynucléaires 7 seulement. En somme, il existe aujourd'hui un état leucémique incontestable.

Les rapports du mucosis fongoïde et de la lymphadénie paraissent

aujourd'hui beaucoup plus incertains qu'autrefois. L'existence du réticulum, sur laquelle on fondait le rapprochement de ces affections et qui permettait de classer le mycosis sous le titre de lymphadénie cutanée, n'a plus la même valeur depuis que l'on sait qu'il s'observe dans de nombreuses inflammations de la peau.

L'étude clinique ne permet aucune conclusion, parce qu'on ne connaît pas de coexistence du mycosis et de la lymphadénie viscérale.

L'étude histologique des lésions lymphadéniques n'est pas assez avancée pour permettre, si l'on conteste l'importance du réticulum dans le mycosis, de les identifier aux lésions de celui-ci.

L'étiologie du mycosis est aussi obscure que celle de la lymphadénie.

Mais les rapports du mycosis et de la lymphadénie deviendraient certains, si l'on établissait l'existence possible d'altérations leucémiques du sang dans le mycosis, comme il peut en exister dans la lymphadénie.

C'est ce qui fait l'importance du cas actuel. On rencontre dans la peau les principales lésions du mycosis fongoïde et dans le sang les lésions de l'état leucémique.

M. le D^r ASSELBERGS, de Bruxelles, envoie une observation accompagnée de deux photographies d'un **cas d'infiltration éléphantiasique de tout le membre inférieur gauche** chez une malade syphilitique, et dans lequel l'action des injections de calomel fut aussi rapide qu'heureuse. — (Note déposée dans les Archives.)

Nomination d'une Commission chargée de rechercher les réformes à introduire dans les services de syphilitiques, pour y prévenir la contamination hospitalière.

Ont été nommés : MM. FOURNIER, MAURIAC, BALZER, RENAULT, BARTHÉLEMY.

Le Secrétaire,

LOUIS WICKHAM.

Compte rendu résumé des séances.

(Dernier article.)

LA QUESTION DES TEIGNES

(REVUE CRITIQUE)

Par **R. Sabouraud.**

Je dois me faire pardonner d'abord de prendre une fois de plus la parole sur la question trichophytique : c'est pour analyser seulement les divers travaux produits sur ce sujet au Congrès international de Londres.

Problème ancien et délaissé, étude morte, sa renaissance date d'hier, mais elle semble vigoureuse. De très nombreuses recherches expérimentales ont été mises au jour, à Londres, toutes empreintes de « l'esprit nouveau » qui ébranle en ce moment la vieille dermatologie tout entière.

La trichophytie était inscrite au rôle du Congrès en place d'honneur. A Londres se sont trouvés réunis presque tous ceux qui récemment l'ont étudiée. On y a vu en outre des milliers de cultures, de préparations, de clichés. On y a entendu les rapporteurs spéciaux de tous les pays.

Dans ces conditions, trop de choses ont été dites, un trop complexe échange international des idées s'est fait là pour que la juxtaposition sommaire des conclusions de chacun puisse en rendre compte. Et j'ai la tâche d'exposer ici le plus complètement et le plus clairement possible l'état présent de la question telle que le Congrès l'a faite.

Cette tâche n'est pas facile. Jamais sujet dermatologique plus complexe, appuyé surtout d'autant de faits expérimentaux, n'a été discuté et débattu. Il me sera impossible de ne pas négliger avec tous les points secondaires, d'autres même importants dans la question.

Si je me permets de discuter certaines conclusions douteuses d'autrui, je serai plus heureux de corriger ici quelques miennes erreurs.

I. — LES TECHNIQUES EXPÉRIMENTALES

Examinons d'abord *les techniques* employées dans l'étude des trichophyties.

Pratiquement, c'est le point le plus important et le plus difficile ; car les techniques supérieures contiennent en germe le progrès scientifique à venir, les techniques insuffisantes sont le germe des erreurs de fait et de doctrine ; et enfin les techniques de chacun jugent ses travaux.

A. — *Examen microscopique.* — En ce qui concerne l'examen microscopique des teignes, de très importantes innovations ont été apportées par M. Malcolm Morris avec l'étude *systématique* des cheveux par les colorants microbiens.

D'autres auteurs, parmi lesquels M. Unna, peuvent revendiquer la priorité de la méthode, et la coloration par le Gram modifié que propose M. Morris est très peu différente de celle que M. Unna a lui-même indiquée plus tôt. Cependant il est très certain que peu d'observateurs avaient mis à profit ces premiers essais, et que personne n'a encore retiré de cette méthode tout le profit qu'elle peut donner. M. Morris a commencé *systématiquement*. D'autres suivront son exemple.

Est-ce à dire que les préparations colorées des parasites cryptogamiques supplanteront dans l'avenir les préparations non colorées. Pour ma part, je ne le crois pas. On continuera dans l'avenir à examiner extemporanément les cheveux teigneux sans coloration.

Pour toutes les études *d'ensemble* d'un parasite, les moyens actuels de coloration sont également à rejeter. Quand les manipulations qu'elles exigent ont respecté les rapports du parasite et du cheveu, la masse colorée est souvent impénétrable à l'œil. Quand ces manipulations au contraire ont dissocié le parasite et le cheveu, les rapports de l'un et de l'autre sont tellement troublés qu'on peut ne plus savoir quel parasite on a sous les yeux. Enfin je puis affirmer encore que certains rameaux mycéliens ne se colorent pas dans le même cheveu où d'autres rameaux se colorent. Un observateur qui se baserait exclusivement sur des préparations colorées ferait des parasites mycosiques une description fort inexacte.

Mais ces défauts de la méthode une fois relevés et connus, elle reste encore susceptible de nombreuses applications où rien ne la saurait suppléer. Ce précieux moyen d'investigation se perfectionnera encore certainement, et l'enseignement apporté par M. Morris ne sera pas perdu.

Sur ses préparations les détails de structure des champignons parasites et spécialement la disposition des spores du *Microsporium Audouïni* sur leur mycélium sont précisés. Les seules préparations de contrôle que j'ai pu faire depuis le mois d'août pour juger de la valeur du procédé ont relevé bien des erreurs de détail que je faisais sur la structure de ce parasite, qui sera toute à reprendre par ces méthodes. Et dorénavant on devra étudier successivement les mêmes cheveux teigneux avec et sans coloration, si l'on veut avoir une plus complète idée de leur structure.

B. — *Cultures*. — Les préparations microscopiques des teignes nous ont appris à Londres une méthode excellente et valable. Au contraire, les collections de cultures apportées là de tous les pays n'ont pas ajouté ce qu'elles auraient dû à nos connaissances sur la question. Cela est infiniment regrettable. On mesure l'importance des techniques, quand on voit les lacunes que laisse leur insuffisance.

Nous avons vu beaucoup de cultures remarquables, cela va sans dire, mais nous en avons vu d'impures avec des colonies de bactéries à côté du champignon étudié. Nous avons vu des milieux « de composition semblable » et dont les uns étaient limpides, tandis que d'autres étaient louches ou floconneux. Il y avait, dans de mêmes collections, des cultures d'âge différent, dans des vases de culture de toutes formes, où les colonies, épousant la forme du vase, devenaient difformes et perdaient leurs caractères propres. Il y avait des milieux de culture si pauvres que la colonie était grosse comme une lentille, des cultures repiquées vieilles, et qui

s'étaient couvertes de formes pléomorphiques. Enfin et surtout, il y avait des cultures sur tous les milieux imaginables : sur pomme de terre, sur carotte, sur moût de bière, sur des géloses contenant toute espèce de sucres, etc., etc. Or, toutes ces raisons peuvent rendre une culture connue méconnaissable. Dans ces conditions, c'est à peine si, devant ces centaines d'essais, on pouvait affirmer l'espèce de quelques-unes des espèces présentées. Que de travail en pure perte !

Laissons de côté d'abord les grosses fautes de technique, les impuretés accidentelles ; quelques précautions les éviteront. Elles n'importent pas au sujet.

Ce qui importe au sujet et qui est de nécessité absolue, si l'on veut faire un pas en avant dans la question, c'est l'adoption de techniques communes à tous et identiques. Un Congrès international n'a de raison d'être que quand ceux qui se rassemblent sont mis à même de se comprendre. Or les cultures de chaque collection étaient inintelligibles pour les auteurs des collections voisines. Elles étaient donc inutiles.

a) Parlons d'abord du vase de culture. Toutes les cultures faites en vases plats, en boîtes de Petri, sont demeurées invisibles pendant toute la durée du Congrès. La buée condensée sous leurs couvercles empêchait exactement de voir ce qu'elles contenaient. Donc, tous les vases plats sont à rejeter absolument. Les cultures en tubes se déforment dès qu'elles rencontrent la paroi du verre ; il faut aussi les abandonner.

Après examen comparatif, la forme de vase et de culture qui semble la meilleure est certainement la fiole d'Erlenmeyer, contenant une culture ensemencée par piqûre au centre d'un disque de gélose au fond du vase. D'abord, la forme discoïde de la culture n'est altérée aucunement, et la condensation d'origine solaire ne pouvant, de par la forme conique du vase, se faire que d'un seul côté, si l'on tourne le vase la culture reste visible.

b) Presque tous les expérimentateurs avaient apporté des cultures d'âge inégal.

Cependant, une culture cryptogamique vieille est incomparable à une culture jeune, et fussent-elles d'espèce identique et sur milieu identique, elles ne peuvent pas être semblables. Donc, il faut arrêter la croissance de toutes les cultures trichophytiques d'exposition à une même durée d'existence qui peut être de trois semaines. Pour cela, mouiller de formol le bouchon d'ouate et capuchonner de caoutchouc le vase de culture suffit très bien. On a dès lors des cultures immuables.

Les premières conditions techniques des expositions à venir seront donc l'identité des vases de culture (fioles d'Erlenmeyer) et l'identité de durée de vie des cultures (3 semaines).

Quant aux autres conditions exigibles, je les résumais dans mon rapport, on me permettra de le transcrire, puisque les fautes mêmes rencontrées dans les cultures dont je parle l'ont justifié :

- c) Un trichophyton a) pur,
- b) en culture jeune,
- c) réensemencé purement,
- d) sur un milieu favorable (hydrocarbures),

e) sur un milieu chimiquement toujours le même,
 f) placé dans les mêmes conditions physiques,
 donnera lieu invariablement à une culture jeune de forme identique. Et cette culture dans ces conditions aura un aspect personnel reconnaissable à première vue au seul aspect objectif. Et cette forme personnelle, après un nombre indéfini de réensemencements, demeurera toujours la même.

« Mais le moindre vice de technique :

- a) impureté dans la culture originelle,
- b) ensemencement de culture *vieille*,
- c) impureté dans les réensemencements,
- d) ensemencements sur milieux défavorables (très azotés),
- e) sur un milieu chimiquement différent d'un précédent,
- f) culture en un vase de forme différente, différences d'aération, de température, d'humidité, etc.,

donnera des résultats viciés qui amèneront presque fatalement à des conclusions erronées. »

Un point — de tous le plus important — reste à discuter pour terminer cette question, c'est le *milieu de culture*.

Deux cultures issues d'un même germe, portées sur deux milieux différents peuvent, du fait de la composition chimique de ces milieux, prendre des formes excessivement dissemblables.

Si un auteur apporte sa collection sur un milieu différent de celui que ses émules auront adopté, sa collection ne pourra servir de rien. Elle sera *purement inintelligible*. Au point de vue des trichophyties l'œuvre la plus utile du Congrès eût été certainement l'adoption d'un milieu de culture commun et conventionnel devant servir d'unité.

Les Congrès doivent créer la langue et les techniques scientifiques internationales. C'est en congrès que les unités électriques, par exemple, ont été adoptées. On sait quelle clarté ce langage a mis dans le sujet. Pour les trichophyties la chose n'a pas été faite à Londres. On n'a pas adopté le milieu de culture conventionnel international. Si l'on ne répare pas cette omission, le prochain Congrès reverra les mêmes cultures disparates que ce dernier avait réunies.

Si j'avais l'autorité nécessaire, je proposerais volontiers l'adoption de cette unité commune. Si même quelques-uns seulement des expérimentateurs l'adoptaient, leurs résultats du moins seraient comparables entre eux et pour eux tous saisissables.

Je choisirais ce milieu non pas excellent et compliqué, mais suffisant et simple.

L'agar à l'eau peptonisée et glycinée serait, je crois, le meilleur de tous. Car la glycérine redistillée est identique partout. Et l'on choisirait une marque commerciale de peptone.

Ce milieu pourrait ainsi avoir la formule suivante :

Eau distillée.....	100 gr.
Glycérine neutre redistillée.....	4 »
Peptone granulée de Chassaing (Paris).....	1 »
Agar.....	1 gr. 40

J'ai expérimenté ce milieu. Il différencie les espèces trichophytiques d'une façon très nette et très sûre. C'est là son but.

Une remarque encore pour terminer :

Presque tous les expérimentateurs n'ont présenté qu'une seule culture de chacune de leurs espèces. C'est quatre ou cinq cultures qu'il faut montrer de chaque espèce, sur le même milieu. Leur identité absolue assure mieux à tous les yeux la forme spécifique que prend cette espèce sur ce milieu.

Résumons tout ce que nous venons de dire. Dans les techniques employées par tous en bactériologie, il y en a que l'étude des microphytes des teignes doit faire rejeter, d'autres qu'il faut modifier, d'autres enfin qu'il faut innover.

A rejeter : Les cultures en tube ou en vases plats, les cultures d'âge différent, sur milieux divers.

A innover : Les cultures d'âge identique, sur milieu de culture identique et conventionnel.

Pour prouver l'utilité de ces mesures, il suffira de montrer à quoi aurait dû aboutir le Congrès de Londres sur ce point, et les questions qu'il a laissées en souffrance.

La plupart des auteurs anglais pensent qu'il y a plusieurs espèces distinctes de *Microsporum Audouini* anglais. La preuve culturale de ce fait a été ébauchée seulement par M. Unna et reste à faire plus amplement que sur les quelques échantillons anglais qu'il avait pu se procurer.

D'autre part, on aurait pu sur des cultures venant de toute l'Europe se faire une idée précise de la répartition géographique des divers trichophytons européens. Le prochain Congrès comblera-t-il cette lacune considérable ?

C. — *Les inoculations* et leurs techniques, les preuves qu'elles apportent sont toujours les points faibles d'un congrès, car on ne peut guère songer à y produire les animaux d'expérience.

Il faut ajouter encore que les inoculations animales après quelques essais médiocrement fructueux pour la plupart, ont été délaissées à grand tort par presque tous les expérimentateurs.

Certains ont déclaré qu'ils n'en avaient jamais tenté. D'autres, qu'ils en avaient essayé sur l'homme, et l'on sait ce que valent ces expériences toujours peureuses et trop tôt interrompues.

C'est là encore une étude à reprendre *systématiquement*.

Le dernier travail de M. E. Bodin (de Rennes) et ses expériences que j'ai eu le plaisir de suivre de très près ont établi de la façon la plus positive que le cobaye est un excellent animal d'inoculation. Sa peau pousse se prête à merveille au manuel opératoire nécessaire.

Avec une aiguille de Pravaz implantée très obliquement on fait un séton dans l'épaisseur de la peau. La matière d'inoculation est une émulsion de culture dans de l'eau stérile. A mesure qu'on pousse l'injection, on retire l'aiguille de façon à ensemercer tout son trajet.

Il se produit dans le derme un abcès trichophytique pur et après son ouverture à la peau une tondante caractéristique.

Il faut espérer que l'usage (obligatoire) des inoculations positives et

des cultures de retour écartera des collections du prochain Congrès certaines cultures présentées à tort comme trichophytiques. Ajoutons cependant que ce fait n'a paru évident que pour deux seulement des cultures présentées.

II. — MICROSPORUM AUDOUÏNI

A. — *Clinique.* — Le *microsporum Audouïni* de Gruby (1843) a reçu du Congrès de dermatologie de 1896 son brevet de reconnaissance officielle.

Proscrit depuis sa naissance, tenu à l'écart depuis cinquante ans, il a été du moins réintégré dans ses droits aux acclamations unanimes : on comprendra que j'aie plaisir à le constater.

Il a eu pour lui la voix de ceux qui ont appris à le connaître directement et même la voix de ceux qui ne l'ont jamais rencontré.

Car si les rapporteurs anglais de la question (MM. M. Moris et C. Fox) en apportaient chacun une étude documentée, les auteurs italiens (Mibelli, Ducrey), qui le connaissent par des échantillons, des cultures et des préparations de France, affirment qu'il n'existe pas en Italie.

Il est inutile d'insister sur la valeur de ces faits. L'autonomie reconnue d'une entité morbide est toujours un fait médical important, surtout lorsque cette maladie atteint des milliers d'individus, enfin quand on peut joindre à son histoire clinique la description du parasite causal et sa démonstration extemporanée facile.

Son histoire clinique générale est faite. Beaucoup y ont contribué. Wickham, H.-A. Martin, Bèclère, E. Bodin ont successivement confirmé la spécificité de la maladie, son tableau clinique général, sa reconnaissance à l'œil nu, les caractères microscopiques de son parasite.

Mais l'histoire de la maladie était uniquement française. Le *microsporum* de Gruby, en d'autres pays, garde-t-il ses caractères cliniques de France ? Est-il unique ou comporte-t-il des espèces multiples ? Et dans le total des teignes tondantes, quelle est sa proportionnalité ? Sera-t-elle la même en tous pays ? A Paris, le *microsporum Audouïni* fait un peu plus de la moitié, un peu moins des deux tiers des teignes tondantes. Ce chiffre, soumis à quelques fluctuations, semble confirmé par quatre années d'observation.

En Angleterre il fait 80 p. 100 du total des teignes tondantes pour M. Colcott Fox, — 92 p. 100 pour M. Malcolm Morris.

En France, le tableau clinique de la teigne à petites spores est d'une uniformité telle que jamais maladie cutanée n'a été moins polymorphe. L'étendue des lésions diffère, non pas leur aspect, toujours invariable et identique. De même et parallèlement, des centaines, presque des milliers de tondantes à petites sporesensemencées ont toujours fourni sans variation une seule et même culture sans variétés (1).

(1) Nous rappelons qu'il existe chez les animaux, au moins une variété (équine) *demicrosporum Audouïni* (Delacroix-Bodin) dont l'inoculation à l'homme adulte avait donné une tondante de la barbe. Mais je parle exclusivement ici de la tondante à petites spores de l'enfant. Sur toutes les tondantes enfantines mises en cultures à Saint-Louis, jamais une variété animale ou humaine n'a été rencontrée même une seule fois.

En Angleterre, MM. C. Fox et M. Morris constatent au contraire un réel polymorphisme des symptômes. M. Morris a vu principalement la maladie s'accompagner spontanément de folliculite et de kérion, ce qui n'arrive jamais en France. Aussi ces deux auteurs seraient-ils disposés à admettre plusieurs espèces anglaises de *microsporum*.

Ces faits — locaux — sont en eux-mêmes indiscutables à distance. Il faut les enregistrer simplement et en attendre la confirmation. Un même champignon, comme une même bactérie, peut différer de virulence, suivant les cas ou les pays. Une famille botanique peut être représentée en un pays par une seule espèce, en d'autres pays par plusieurs. Par conséquent, il n'y a aucun argument de raison à émettre contre les faits observés en Angleterre. Il n'y a non plus aucune démonstration expérimentale contradictoire.

Toutefois, je remarquerai — en toute prudence, mais en toute sincérité — plusieurs faits qui, juxtaposés, peuvent faire émettre des doutes sérieux contre les conclusions énoncées. Les voici :

1^o Il y a des trichophytons vrais — ectothrix — à spore relativement petite qui, autour du cheveu, jouent le *microsporum Audouïni* à s'y méprendre. Il faut la plus grande attention dans l'observation microscopique pour les distinguer. Et ce sont précisément des trichophytons que l'on rencontre dans les kériens. MM. M. Morris et C. Fox n'ont-ils pas confondu ces trichophytons avec le *microsporum Audouïni*.

J'ai signalé cette erreur possible d'observation dès mon premier mémoire sur les trichophytons ectothrix (*Annales*, juillet 1893), et presque aussitôt une observation erronée de M. Sloman de Vej (Danemark) est venue donner raison à cette remarque.

En effet, ces *trichophytons* à spore relativement petite sont ectothrix, d'où la grande difficulté de leur diagnostic différentiel. En outre, ces trichophytons donnent une culture blanche ressemblant quelque peu à celle du *microsporum Audouïni*.

On les distingue du *microsporum Audouïni* par l'existence de tiges mycéliennes régulièrement sporulées dans le cheveu (agmination de leurs spores en chaîne) ;

2^o Par leur culture comparée objectivement et microscopiquement à celle du *microsporum* ;

3^o Par leur inoculation intra-cutanée au cobaye, qui donne un abcès trichophytique suivi de tondante.

Mais ni MM. M. Morris, ni M. C. Fox n'ont fait d'inoculations expérimentales.

D'autre part, si l'on songe que M. Morris examinait colorés les cheveux teigneux, ce qui amène toujours du désordre dans les éléments parasitaires ; si l'on ajoute que M. Morris, qui n'admet pas les trichophytons ectothrix, élève à 92 p. 100 la proportion anglaise des *microsporum*, tandis que M. Fox, qui reconnaît les trichophytons ectothrix, fixe la même proportion, dans la même ville, à 80 p. 100 ; en juxtaposant toutes ces remarques, on peut penser qu'une seule confusion suffirait à expliquer toutes ces divergences de chiffres et d'observation.

Car si M. Morris a confondu les trichophytons ectothrix parmi les *microsporum*, cela explique à la fois :

1^o Qu'il n'admette pas les trichophytons ectothrix ;

2^o Que, pour lui, le microsporum donne lieu au kérion, que donnent chez nous des trichophytons ectothrix.

Enfin cela s'expliquerait encore qu'il trouvât 92 p. 100 de microsporum, si dans cette liste il rangeait tous les trichophytons ectothrix à spore relativement petite.

La même confusion poursuivie aurait conduit à l'hypothèse de plusieurs microsporum en Angleterre, si l'on prend pour microsporum des trichophytons à culture blanche.

Mais encore une fois, je le répète, ce sont là des remarques, non pas des négations. Toute négation nous est interdite parce que les faits énoncés par MM. Fox et Morris n'ont rien en soit d'impossible et que nous ne pouvons les contrôler. Seulement nous sommes en droit d'attendre des preuves.

S'il y a plusieurs microsporum en Angleterre, la culture comparative en est facile. De même la culture comparative, l'étude expérimentale et les inoculations du microsporum qui donnerait le kérion.

Un mot encore à propos des inoculations du *microsporum Audouïni* à la peau glabre de l'homme.

Lorsque la preuve expérimentale du *microsporum Audouïni* eut été donnée pour la première fois, il fallut observer, classer, exposer les symptômes cliniques objectifs qui, dorénavant, permettraient de différencier à l'œil nu la tondante à petites spores de la tondante trichophytique.

Parmi ces symptômes, l'absence des inoculations accessoires à la peau glabre est l'un des symptômes les plus constants. J'eus le tort de généraliser ce signe négatif et de dire que la teigne à petites spores ne s'accompagne jamais d'inoculation à la peau glabre. M. Bécclère releva le premier ce que cette affirmation avait de trop absolu. M. C. Fox relève de nouveau cette erreur avec raison. La teigne à petites spores s'accompagne (rarement mais quelquefois) d'inoculations épidermiques fugaces. Cette éruption survient presque exclusivement dans les premières semaines de la maladie.

B. — *Examen microscopique du microsporum dans le cheveu.* — J'ai dit déjà toute la valeur très remarquable des préparations colorées de cheveux teigneux, obtenues par M. Morris. Cette méthode a donné et donnera les résultats les plus intéressants. J'ai signalé les lacunes qu'elle comporte, mais ce n'est aucunement dénigrer une technique que de préciser ce qu'on doit lui demander et ce qu'on n'est pas en droit d'en attendre. Il est certain que limitée à son but : la description plus précise des détails de structure des parasites (surtout dans leurs parties extra-pilaires), elle sera suivie avec bonheur.

Tous les auteurs ont adopté en son ensemble la description du *microsporum Audouïni* dans le cheveu telle que M. Gruby l'a donnée le premier.

Cependant beaucoup de points de détail ont été discutés. M. Morris, dont les préparations étaient cependant de beaucoup les plus précises de toutes celles du Congrès, n'a pas pris à cette discussion la part que ces préparations auraient cependant bien justifiée.

C'est M. C. Fox surtout qui a insisté sur des points de structure spéciaux du *microsporum Audouïni* dans le cheveu :

« Je trouve la description de M. Sabouraud fautive en plusieurs points et surtout très incomplète. »

Il insiste surtout et avec raison sur les rameaux mycéliens terminaux sus-cuticulaires dont la forme sigmoïde et contournée est très remarquable et bien caractéristique.

Puis il étudie longuement le développement du *microsporum Audouini* dans le cheveu. Les premiers boyaux mycéliens sortent d'un flot de spores mycéliennes énormes et bossuées qui signalent la première implantation du parasite..., etc...

Pour MM. C. Fox, Adamson et Blaxall l'épiderme est pris avant le cheveu. M. Morris, au contraire, se rattache à l'opinion inverse que j'ai écrite autrefois. Quant à moi, pour le moment, je n'en sais plus rien, ayant vu depuis lors des cas qui justifient tantôt l'une et tantôt l'autre opinion. Il se pourrait que le début du parasitisme fût pileaire ou épidermique suivant le cas.

De toutes façons, je reconnais bien volontiers les erreurs et les omissions que j'ai certainement faites dans la description du cheveu malade.

Les méthodes que m'ont indiquées les préparations de M. Morris m'en ont démontré plusieurs, elles m'en feront voir encore d'autres.

En somme et comme l'a dit M. Morris, ce qui importe au clinicien c'est la reconnaissance du parasite, les notions actuelles auxquelles acquiescent tous les auteurs y suffisent. Le reste est du domaine de la recherche scientifique qui ne manquera pas de préciser les faits incomplets et de redresser les erreurs. M. C. Fox a déjà commencé.

C. — Les cultures du Congrès que j'ai un peu critiquées tout à l'heure, en dépit des défauts communs à toutes, ont largement démontré l'existence du *microsporum Audouini* en Angleterre. Elles n'ont pas démontré la pluralité de ses espèces.

M. Unna seul a pu montrer sur même milieu la culture comparée de trois cas de *microsporum* anglais et du *microsporum* parisien. Ses trois cultures anglaises sont semblables et diffèrent quelque peu du *microsporum* de France. Autant que j'ai pu voir, ces différences sont bien minces ; c'est, je crois, une question à reprendre ou à poursuivre.

M. Unna a présenté cette démonstration d'une façon fort élégante. Les quatre germes avaient été ensemencés l'un près de l'autre dans un même vase. Les différences de leur culture n'en sont que plus accusées et l'identité de leur substratum commun n'est pas discutable. C'est à cette méthode ingénieuse que M. Unna donne le nom de *méthode des jardins*.

D. — Je ne parlerai pas ici de la *question mycologique* dont je dirai plus loin un simple mot.

* *

Si l'on résume les faits primordiaux acquis au sujet du *microsporum Audouini* non seulement en France et en Angleterre, mais en tous pays, on peut aboutir aux conclusions suivantes :

Le *microsporum* de Gruby existe. Il cause la tondante spéciale dite : à petites spores.

Cette teigne fait plus de la moitié des tondantes de France, plus des

deux tiers des tondantes anglaises. Elle existe à Hambourg (Unna), à Bordeaux (Sabrazès), à Barcelone (Fergnani). Elle n'existe pas en Italie (Mibelli, Ducrey) ni à Budapesth (Nékam).

Ses caractères cliniques restent, à peu de chose près, ceux qui lui ont été attribués en France (Sabouraud, Wickham, Bécclère, Martin, Bodin... etc.). Mais en Angleterre il est possible que cette mycose soit plus polymorphe qu'en France, et que même elle puisse y prendre la forme du kérion.

En Espagne (Fergnani) elle garde les caractères signalés en France.

Tels sont les faits les plus considérables à enregistrer sur ce sujet.

De très nombreuses lacunes restent à combler : détails de structure du parasite dans le cheveu. Pluralité des espèces. Rapport de chaque espèce avec une forme clinique différenciée ? Enfin, répartition européenne définitive de la maladie. Sujet qui est à peine ébauché.

III. — LES TRICHOPHYTONS

De tous les rapporteurs de la question, aucun n'est venu soutenir l'unité trichophytique, et même à côté d'eux plus personne ne s'est levé pour la défendre.

La pluralité trichophytique au Congrès de Londres a donc été victorieuse sans combats.

Vienne et Prague demeuraient les deux derniers refuges du dogme de l'unité. On attendait donc de ce côté quelque résistance. Mais Prague n'avait pas envoyé de mycologue au Congrès de Londres, et l'école de Vienne s'est abstenue.

L'avenir dira si la question est close.

Donc sur le premier point de la discussion : *Il y a plusieurs trichophytons*, aucune divergence de vues ne s'est produite. Mais hors de ce dernier point acquis, nombre d'autres ont été discutés, on peut dire tous ; nous allons les examiner successivement.

A. — *La morphologie des trichophytons dans le poil* est un problème qui présente une constante et des variables. Tout le monde demeure d'accord que le parasite est essentiellement composé de spores mycéliennes placées bout à bout, en chapelets, et dirigées suivant le grand axe du poil.

Grossièrement donc la forme du parasite reste dans tous les cas la même. En est-il de même des rapports réciproques du parasite et du cheveu ?

On sait que j'ai décrit des espèces de trichophytons habitant exclusivement le cheveu même (*endothrix*) et des trichophytons dépassant la cuticule du poil pour former à sa racine un fourreau externe de mycéliums sporulés (*ectothrix*).

La discussion a d'abord porté sur ce point : faut-il admettre cette distinction comme vraie et correspondant à des espèces trichophytiques différentes ?

Faut-il seulement l'admettre comme un fait que l'observation vérifie irrégulièrement ?

Faut-il enfin dénier toute valeur à ce caractère ?

MM. Colcott Fox et Blaxall admettent la réalité des *endothrix-ectothrix*.

MM. Ducrey et Réale les discutent.

M. Malcolm Morris les nie.

A mon avis, la discussion sur ce point s'est mal engagée et cela pour deux raisons. La première c'est que le sens des mots litigieux n'était pas le même pour tout le monde. La seconde c'est que chacun, invinciblement l'esprit fixé sur les faits qu'il a vus, ne suppose pas facilement que d'un pays à l'autre ils puissent être différents. Expliquons-nous.

Sur la foi du sens étymologique des mots : *ectothrix*, *endothrix*, on a voulu me faire dire que tous les *ectothrix* habitaient exclusivement hors du poil, comme d'autres trichophytons (*endothrix*) habitent exclusivement dans le poil. Cela, je ne l'ai jamais voulu dire et je ne l'ai jamais dit.

Les trichophytons *endothrix* habitent bien le poil tout seul, mais les *ectothrix* envahissent à la fois le poil et son follicule, du moins dans la majorité des cas.

Ces discussions de mots ont l'air futiles. Je m'en excuse. Elles sont cependant fort importantes.

Le premier mémoire où il a été parlé des *ectothrix* (ces *Annales*, juillet 1893) était accompagné de deux planches représentant des trichophytons *ectothrix*. Les cheveux sont entourés de spores mycéliennes, mais ils en sont remplis également, et le texte non plus ne laisse aucun doute sur ce point.

Quand donc M. Colcott Fox écrit que, « contrairement à moi », il a toujours vu les trichophytons *ectothrix* envahir le poil en même temps qu'ils l'entouraient, il m'attribue une erreur que je n'ai pas faite et il vérifie intégralement et mon texte et mes figures. M. Malcolm Morris a fait la même confusion.

Qu'on ne prenne pas d'ailleurs ce qui précède pour une revendication de priorité ; de toutes les discussions scientifiques, celles-là sont les plus puériles et je ne voudrais pas m'en donner le ridicule. Mais il est certain que si au lieu d'employer les termes génériques dans le sens fixé par leur auteur, on les prend strictement dans le sens de leur racine grecque, il sera impossible de préciser l'objet même de la discussion. Cet objet précisé, au moins aura-t-on une chance de s'entendre.

Je crois bien pour ma part que M. M. Morris, par exemple, eût étudié avec plus de soins les faits auxquels ces termes correspondent s'il leur eût donné un sens moins serré. Son fin jugement se refusait d'avance à voir la nature s'enfermer si exactement dans un cadre géométrique.

Que M. Malcolm Morris me pardonne d'attaquer ses conclusions sur les rares points où elles n'ont pas confirmé les miennes, et surtout après les éloges presque hyperboliques dont il a bien voulu me combler.

Cela me donnera l'occasion d'exposer ce point de diagnostic très important en des termes différents de ceux que mes études antérieures avaient adoptés.

En dehors du *microsporum Audouïni*, le trichophyton *endothrix* pur à culture cratériforme fait peut-être annuellement 1,000 ou 2,000 victimes dans la population scolaire de Paris. C'est celui-là que nos examens microscop-

piques journaliers rencontrent avec une prédominance telle que les autres à côté de lui sont toujours exceptionnels.

Que M. Malcolm Morris veuille bien me croire un instant sur parole, ce trichophyton est un *endothrix pur*.

Cependant cette espèce ou ce groupe d'espèces m'apparaît de plus en plus cantonné à la région parisienne. Les enfants mêmes de nos provinces en montrent d'autres, et ne montrent presque jamais celui-là.

Il semble donc que cette espèce morbide soit devenue épidémique dans Paris à la suite de circonstances extrinsèques, et que malgré le nombre considérable de ses victimes elle ne doive être comptée dans une étude des trichophyties européennes, que comme un fait isolé.

Cela, je crois le savoir aujourd'hui, je ne pouvais pas le savoir il y a trois ans.

De ce seul fait en découle un autre. La classification proposée des *endothrix* et des *ectothrix*, extrêmement nette et utile à Paris, n'aura plus d'importance dans le pays où l'un de ces deux termes manquera. Toutes les espèces que j'ai reconnues à Londres, venant d'Italie, d'Allemagne, de Hollande, correspondent à des trichophytions qui sont *ectothrix* en France ou (pour épargner les susceptibilités étymologiques) à des espèces *endo-ectothrix*.

D'autre part, ni les collections si patientes de M. Mibelli, ni celles de MM. Ducrey et Reale en Italie n'ont retrouvé un seul exemplaire de notre espèce *endothrix à culture cratériforme*.

On voit maintenant pourquoi tant de discussions sont nées de mots qui ne correspondaient point à une réalité universelle mais seulement régionale.

Résumons ce que nous venons de dire et nous aboutirons à une proposition générale très différente de mes propositions d'antan, qui cependant étaient et restent encore vérifiées et vérifiables, à Paris.

« En Europe les espèces trichophytiques de beaucoup les plus répandues habitent à la fois dans le poil humain et autour de lui (*endo-ectothrix*). A Paris la tondante trichophytique de beaucoup la plus commune est causée par un trichophyton *endothrix pur*, dont la distribution géographique et l'extension sont encore à déterminer. »

Faut-il ajouter cependant que ce trichophyton *endothrix à culture cratériforme* a été retrouvé avec ses caractères par M. Colcott Fox à Londres. Et faut-il dire encore que sur 126 cas examinés par M. Malcolm Morris, — 116 correspondaient, d'après sa statistique, au microsporum Audouini, — qu'il ne lui reste plus que dix cas de trichophytie examinés — que sur dix cas il a pu ne pas rencontrer la tondante parisienne, et qu'enfin dix cas sont peu de chose pour affirmer ou infirmer une classification morphologique générale des trichophytions dans le cheveu.

B. — *Les trichophytions animaux et les trichophytions ectothrix de l'homme.* — Voici une nouvelle question sur laquelle il me semble que plusieurs erreurs évitables ont été commises.

Je ne puis reprendre un par un le texte de chaque auteur, mais évidemment tous ou presque tous se refusent à admettre que les trichophytions *endo-ectothrix* ou *ectothrix purs* de l'homme aient tous et toujours une origine animale.

En général, la formule adoptée est la suivante :

« Dans ce cas rien *n'a pu faire croire* à une origine animale. » Ou bien encore c'est *l'expérience clinique* qui ne peut admettre comme constante l'origine animale des trichophyties de la barbe (endo-ectothrix).

Presque tous les observateurs s'accordent sur ce point commun de négation. Mais aucun d'eux à ma connaissance n'a fait de recherches directes sur les trichophyties des animaux. Or, cette étude seule peut changer et changera leur opinion.

Au début de mes recherches, j'avais fait ce qu'ils ont fait ; j'avais cherché à remonter d'un cas de trichophytie humaine à son origine animale. J'ai changé cette méthode depuis lors ; j'ai étudié les trichophyties animales indépendamment des inoculations humaines qu'elles ont pu fournir.

M. E. Bodin (de Rennes) a fait de même et poussé bien plus avant que moi ces recherches qu'il continue et étend chaque jour.

Les résultats de ces recherches sont tels qu'ils permettent d'énoncer dès à présent comme certaine la proposition suivante : que *tous* les trichophytions que l'on rencontre *sur l'adulte* ont une origine animale directe ou indirecte.

Chaque mois nous fait découvrir sur le chien (2 espèces), sur le veau, sur le cheval (4 espèces), sur le chat (2 espèces), sur la poule, sur la chèvre et sur le mouton des espèces trichophytiques dont les unes nous sont déjà connues par l'homme, mais dont les autres (et elles sont déjà nombreuses) ne se sont encore jamais présentées à nous sous forme d'inoculations humaines.

Pour observer ce que nous avons vu ainsi, ce n'est pas à la clinique humaine qu'il faut s'adresser, c'est aux cliniques *vétérinaires*.

Or, il n'est franchement pas à croire que la chèvre, le veau, le cheval même ou la poule aient pu contracter leurs trichophyties de l'homme, chez qui elle est plus rare et d'espèces moins multiples.

Les trichophytions de l'adulte (ectothrix) sont donc bien d'origine animale. Et si nous ne pouvons souvent remonter à la cause animale de la contagion, c'est d'une part que cette contagion comme les autres peut échapper à l'analyse anamnétique et d'autre part qu'une première contagion animale peut être suivie de quelques contagions d'homme à homme.

Le type parisien de la tondante endothrix à cultures cratériformes jusqu'ici fait encore exception à cette règle générale de l'origine animale des trichophyties. Sa contagion d'enfant à enfant n'est que trop certaine et aucune trichophytie animale ensemencée ne nous a montré sa culture.

Par conséquent, la séparation du *T. endothrix* (humain) et des *T. ectothrix* (animaux) garde en nos régions sa raison d'être. Il n'est point démontré d'ailleurs que cette règle soit sans exceptions. Mais après quatre ans de recherches négatives, on peut dire que ces exceptions resteront toujours assez rares pour être négligeables.

Hors de nos pays, si l'on observe une espèce trichophytique aussi spécialisée à l'enfant que l'est ici notre trichophyton endothrix, on pourra douter de son origine animale. Car d'autres trichophytions, endothrix ou non, peuvent avoir pris ailleurs cette voie de propagation d'enfant à

enfant que cette espèce a adoptée chez nous. Mais quand on examinera des trichophyties de l'adulte, quel que soit leur siège d'ailleurs ou leur allure, on pourra penser d'avance à leur origine animale. Et si l'on fait sur les animaux domestiques des environs l'enquête que M. Bodin a faite et poursuit encore, non pas en partant de la lésion humaine et de ses commémoratifs, mais en ensemençant systématiquement toutes les trichophyties d'une clinique vétérinaire, chacun ne tardera pas sans doute à se donner la preuve que nous nous sommes donnée ici.

D'une façon générale tout au moins les trichophyties de l'adulte, et les trichophyties consécutive de l'enfant sont animales.

C'est ce que j'ai dit en 1894, mais je puis l'avancer aujourd'hui avec plus de certitude et d'assurance.

C. — *Cultures*. — Si la pluralité des trichophytions n'a pas rencontré de contradicteurs à Londres, en revanche, elle a rencontré beaucoup de partisans convaincus mais timides. Plusieurs admettent et défendent une pluralité mitigée, réduite à quelques espèces — à qui l'existence de plus de vingt espèces semble exagérée.

Il serait cependant incroyable que la France eût le monopole de pareilles richesses. Et je suis bien sûr pourtant qu'elle les possède : j'en ai donné la preuve et je puis toujours la fournir.

En parlant des cultures exposées au Congrès, j'ai dit en toute franchise les lacunes que ce mode d'expérimentation avait présentées. Elles ne pouvaient, de la part même de leurs auteurs, donner lieu qu'à des conclusions incertaines. La disparité des milieux, l'âge différent des colonies, les formes pléomorphiques, les difformités de toutes sortes enlevaient à cet admirable mode de démonstration toute la précision dont il est capable.

Je sais bien qu'à Londres la trichophytie vraie semble plus rare qu'en France. Le champ d'expérimentation étant restreint, les conclusions forcément devaient l'être. Malgré cela, voyons comme des techniques précises conduisent à des propositions définies :

« Désirant me former un jugement personnel sur les espèces trichophytiques existant à Londres, dit M. Unna, j'ai prié M. Eddowes de m'envoyer de Londres les cheveux malades d'un grand nombre de teigneux.

« Sur quatorze cas, huit ont poussé.

« Quatre de ces huit cas appartiennent au type du *microsporum Gruby-Sabouraud*, comme vous pouvez vous en rendre compte en comparant ces cultures à celles du *microsporum parisien*.

« Un autre appartient au type défini par MM. Neebe et Furthmann du *trichophyton atractophoron*.

« Un sixième appartient au groupe moins bien défini pour moi des *trichophytions à grappe*.

« Les deux derniers me sont inconnus.

« La division de toutes les espèces trichophytiques peut se faire d'après quatre caractères isolés ou réunis.

A. D'après les caractères cliniques *macroscopiques*.

B. D'après les caractères cliniques *microscopiques*.

C. D'après les caractères de culture *macroscopiques*.

D. D'après les caractères de culture *microscopiques*.

« Un groupe est nettement différencié de tout autre quand ses quatre caractères se différencient. Ainsi voyons-nous merveilleusement défini le type du *microsporum*.

« D'autres groupes seront moins différenciés, mais déjà très sûrement par deux ou par trois des caractères précédents.

« Deux champignons peuvent ne se différencier que par leur *dissemblance constante* sur tous les milieux. Ces champignons appartiennent alors à un même groupe non à une même espèce...

« *Nous ne reconnaissons pas l'identité de deux cultures trichophytiques qui, systématiquement examinées, sur tous les milieux connus, montrent héréditairement quelque différence que ce soit, alors qu'ils croissent dans le même vase de culture, sur le même milieu, pendant une multitude de générations successives.* »

Voilà, il me semble, de la littérature de Congrès. Claire et net comme les idées que donnent les techniques expérimentales précises, ce discours a aussi l'avantage de ne pas se perdre dans des observations minutieuses et myopes de faits secondaires sans intérêt. Ce sont des remarques précises et générales.

Pourquoi M. Unna ne présentait-il pas ainsi tous les trichophytions de l'Allemagne. Son discours eût été de taille à sommer leur observation. Mais ses cultures portaient sur huit cas, celles de M. le professeur Rosenbach (de Göttingen) sur 17. Quant aux cultures d'Italie, elles montraient bien peu d'espèces nettement différentes pour le grand nombre de cas qu'elles représentaient. Des échantillons de la collection de M. Mibelli m'avaient permis de reconnaître l'an dernier toutes celles que MM. Ducrey et Reale présentaient, sauf une dont je reparlerai. D'ailleurs si parmi ces espèces les unes sont rares en France et les autres communes, toutes du moins y sont connues.

Parmi ces espèces, l'une rose — d'origine aviaire démontrée (Mégnin-Sabouraud) — existe également en Hollande (un cas de M. van Hoor), ce qui montre une assez grande extension dans le territoire géographique d'une seule trichophytie.

Si l'on fait, en somme, le bilan des connaissances acquises sur ce point, il faut avouer qu'elles sont restreintes encore. Les faits connus ne sont que des jalons placés de loin en loin sur une terre vierge. On ne peut guère espérer cependant que d'un congrès de faire la lumière sur ce qu'est la pluralité trichophytique en chaque pays. Espérons la lumière du congrès prochain. Cela n'est possible que par l'adoption de techniques communes et d'un milieu de culture international.

D. — *Mycologie*. — La mycologie des teignes était de tous les points obscurs de la question le plus obscur pour nous tous. Il n'en a été en conséquence que plus âprement débattu. Telles les questions scholastiques au moyen âge.

Une science nouvellement acquise est toujours heureuse de se produire et nous tous mycologues de la veille ou de l'avant-veille, tenions beaucoup à nos jeunes opinions.

Plus sage, M. M. Morris, cantonné dans la clinique, s'abstenait de toute incursion sur ce domaine. M. Ducrey se refusait et abandonnait le champ aux botanistes.

M. Unna, sans trop discuter les affinités botaniques, classifiait sans difficulté : Le microsporum Audouini montrant sur des coupes de culture des faisceaux d'hyphes trifurquées devenait le *genus fasciculatum*, les trichophytons à spores multiloculées, le *genus atractophoron*, etc.

Pendant ce temps M. Colhoun soutenait l'identité de famille du microsporum et des trichophytons d'après des clichés qui me semblaient démontrer le contraire.

A tous le sujet aura paru avoir besoin de nouvelles études. Au milieu de cet « admirable désordre » finement souligné par M. M. Morris, le provisoire devient nécessaire. L'esprit clair et simple de M. Unna avait peut-être raison encore contre chacun de nous.

Dans le sujet l'incompétence première de tous est *a priori* évidente. Avant de discuter les détails de structure de telle ou telle mucédinée, il serait indispensable de connaître la structure générale des mucédinées, de posséder au moins quelques généralités sur leur physiologie. Or c'est ce qui manquait trop évidemment.

Est-ce à dire avec certains qu'il faut abandonner la question aux botanistes ? Je n'aime guère pour ma part les défaites semblables. D'abord après tout le travail accompli par nous, c'est vraiment laisser la part trop belle aux mycologues que leur fournir des pièces suffisantes pour conclure et attendre leurs conclusions. Et puis ce désintéressement de toutes les questions techniques afférentes à la médecine qui est dominant aujourd'hui me semble déplorable dans le présent et pour l'avenir. A se cantonner aussi étroitement dans son métier le médecin redevient un empirique et nous ne sommes que trop encombrés dans la littérature médicale et dermatologique de manuels si exclusivement pratiques qu'on en pourrait faire une encyclopédie de rebouteur.

Nous sommes d'insuffisants mycologues. Soit. Nous serons moins médiocres dans quatre ans.

Dès à présent, du reste, nous pouvons corriger les techniques vicieuses qui ont fourni des conclusions erronées.

Quand les botanistes étudient des champignons, ils les cultivent « sous le microscope ». Aucun des faits contradictoires avancés ne s'appuyait sur des cultures en goutte suspendue ; tous au contraire avaient pour origine des préparations « en lamelles plaquées » ou des examens de débris de culture vulgaire, extirpés au fil de platine, ou coupés au microtome.

Ce sont là forcément de très insuffisantes préparations. Les unes et les autres ne montrent que des organes froissés ou dilacérés, incomplets pour le moins. Quant aux coupes de culture, elles sont ce que serait une coupe de feutre, elles ne montrent que des tronçons.

Les plus gros désaccords se sont produits sur la question des fuseaux multiseptés que presque toutes les cultures de teigne montrent à un certain âge.

Tandis que M. Unna les considère comme assez particuliers pour caractériser une espèce spéciale de trichophyton (*atractophoron*), M. Colhoun qui après E. Bodin les a retrouvés dans les cultures de microsporum, se sert de cet organe pour identifier microsporum et trichophytons.

Mais cet organe est commun à des milliers de mucédinées. Ne sait-on

pas que Saccardo qui d'après lui avait esquissé la famille des *Phragmosporées* l'a dissociée parce qu'il rencontrait ces fuseaux chez les mucédinées les plus disparates ? Pourquoi dès lors toutes ces batailles sur un point si peu décisif ?

M. le professeur Boëck, de Christiania, a bien voulu me communiquer une admirable culture sur lame d'un exemplaire de *favus* qui montre aussi d'énormes fuseaux ovalaires. Faut-il en conclure que le *favus* est un trichophyton ?

Suivant le même raisonnement, M. Colhoun ayant retrouvé dans le microsporum les fructifications en double peigne décrites par M. Bodin (1), voulait les identifier aux thyrses des trichophytons (*Sporotrichums*).

Même anarchie dans la famille entière des trichophytons. Je n'y insisterai pas. La conclusion nécessaire qui se dégage de cette discussion est le mince fondement de nos certitudes sur ce point et la nécessité de remettre la question sur le métier.

Je poursuis ce travail depuis 1892 et cependant aucune de mes opinions d'aujourd'hui ne me paraît définitive. J'ai le droit d'en penser autant des autres qui sont plus jeunes. Tout ce qu'on sait ne doit être considéré que comme une vérité provisoire, sujette à revision. Peut-être est-il bon cependant de ne pas remplacer un ordre relatif même artificiel par un chaos. Détruisons les erreurs, mais pour les remplacer par des erreurs moindres. A ce travail il faut de la patience et de la méthode.

E. — *La question du pléomorphisme*. — La question du pléomorphisme trichophytique a été jusqu'ici l'une des moins étudiées, c'est cependant l'une des plus intéressantes et des plus graves dans le sujet.

Commençons d'abord par définir ce qu'il faut entendre par ce mot.

On sait que toutes les mucédinées doivent être envisagées comme l'état inférieur, *larvaire* d'un champignon supérieur connu ou virtuel. C'est dire par corollaire que la forme objective et microscopique d'une culture de mucédinée peut et doit être susceptible de changements. C'est le point maintenu avec persévérance par l'école de Prague à propos des trichophytons.

Personne n'est venu l'étudier à Londres et beaucoup ont pu croire en raison de cette abstention que la question n'avait aucune importance et que les faits de pléomorphisme étaient négligeables. Ce serait faire une grosse erreur. Ils sont très fréquents et nécessaires à connaître. Personne ne leur a donné leur valeur vraie. Aucun observateur non plus n'a su éviter dans ses cultures des faits de pléomorphisme entachant toutes ses conclusions. Certains même donnent au mot de pléomorphisme une signification tout autre que sa signification mycologique consacrée en appelant de ce nom les transformations que les divers milieux font subir à la culture jeune de chaque espèce trichophytique (2).

(1) E. Bodin qui avait le premier signalé ces fuseaux avec leur septa et leurs échinulations sans y ajouter d'importance, a signalé chez le microsporum Audouini la reproduction suivant le type des *Endoconidium*.

C'est là un point bien autrement majeur. Personne cependant n'y est revenu.

(2) « Le pléomorphisme était un fait reconnu et étudié déjà par nous pluralistes. « Personne ne peut faire des cultures d'un même champignon sur divers milieux « sans l'observer ». (Unna).

Enfin moi-même j'ai apporté sur ce point à Londres d'importantes rectifications à mon travail de 1894.

Il est de constatation maintenant commune que si on laisse vieillir une culture trichophytique sans y toucher, elle se déforme et perd un à un tous ses caractères objectifs. Elle semble se recouvrir de touffes diverses de moisissures étrangères au type de la culture primitive, qui l'envahissent progressivement.

Ce phénomène est constant; il apparaît toujours et d'autant plus vite que la culture a été soumise à des conditions hygiéniques, pour elle plus défectueuses, c'est-à-dire en particulier: d'autant que son milieu a été plus confiné, d'autant qu'elle a été soustraite à l'étuve aux oscillations normales de température diurne et nocturne, enfin d'autant qu'elle a été portée à de plus hautes températures.

Bref, la culture trichophytique en vieillissant se transforme de place en place en cultures nouvelles, différant essentiellement de la culture trichophytique primitive et de toute autre culture trichophytique.

Ici les rameaux mycéliens s'accroissent pour former des pseudo-parenchymes lacunaires. Là ce sont les fuseaux polysporés qui s'agglomèrent et semblent esquisser la formation d'ascospores. Au point de vue microscopique comme au point de vue objectif la culture trichophytique se transforme donc et perd ses caractères trichophytiques (mucédinée simple) pour prendre les caractères des mucédinées supérieures (mucédinées agrégées). Ce sont là des faits de pléomorphisme véritable. La mucédinée simple quitte son état larvaire pour esquisser des formes mycologiques plus parfaites.

Cette étude reprise en ce moment par M. E. Bodin de Rennes et par moi n'est qu'esquissée. Elle est toute à faire encore. Il va falloir reconnaître vers quelles formes supérieures les trichophytons s'acheminent, si ces formes nouvelles sont encore parasitaires, etc., etc.

Mais déjà ces premières études suffisent à montrer une quantité d'erreurs antérieures sur ce sujet.

Parlons d'abord des nôtres:

Presque tous les faits que nous avons étudiés en 1892-94 sous le nom de *commensalisme* sont des faits de *pléomorphisme avérés*. Il ne s'agit pas de champignons différents conjoints dans une même culture, mais de deux formes successives d'un même être. L'école de Prague avait donc pleinement raison contre nous sur ce point.

Ce fait admis rend parfaitement compte des difficultés que nous avons eues jadis à séparer l'une de l'autre la forme trichophytique jeune de ses formes vieilles. Ces recherches stériles, puisque leur point de départ était erroné nous ont toutefois permis de reconnaître dans quelles conditions prennent naissance les formes pléomorphiques et nous ont fourni une technique pour les éviter.

Au contraire l'école de Prague avec son principe juste est arrivée à une conclusion erronée. Ne cherchant pas à éviter dans les cultures trichophytiques l'apparition des formes pléomorphiques, elle a gardé et réensemencé de vieilles cultures devenues polymorphes qui n'avaient plus rien de la culture trichophytique primitive. Et comparant ces cultures informes qui avaient perdu toute individualité reconnaissable, elle a expliqué toutes

leurs diversités par le pléomorphisme et affirmé sans la prouver l'unité essentielle des divers trichophyton.

Cette conclusion est pleinement fausse. On peut empêcher tout pléomorphisme de se produire dans une collection trichophytique. Ce faisant on ne compare entre elles que des mucédinées simples. On peut faire la preuve de leur stade mycologique par la forme de leur appareil de reproduction (spore externe) et on les différencie l'une de l'autre par leur forme constante et héréditaire sur le même milieu.

Si l'école de Prague avait suivi cette technique sévère elle se serait assurée de l'incertitude de ses propres affirmations. En comparant des cultures trichophytiques neuves à des cultures vieilles on compare des mucédinées simples à des mucédinées agrégées, on assimile donc à grand tort des éléments disparates.

Ce qui précède montre la complexité mycologique du problème de la pluralité trichophytique. Car chaque espèce trichophytique se trouve avoir plusieurs formes de transformation pléomorphique...

Ce sujet, s'il n'était pas si spécial et si loin de toute la pratique médicale actuelle, aurait bien dû retenir l'attention des spécialistes du Congrès.

A peine la question a-t-elle été effleurée par M. Ducrey sur la remarque à lui faite que toutes les cultures qu'il présentait étaient entachées de pléomorphisme. D'autres avec M. Unna l'ont tranchée d'un mot en disant qu'elle ne pouvait en aucune façon ruiner la doctrine de la pluralité trichophytique maintenant prouvée.

Cela est vrai, mais tant que la question du pléomorphisme n'a pas été étudiée en tous ses détails, l'objection uniciste resterait possible. Après ce que je viens de dire, tout au plus pourrait-elle être jugée superficielle et insuffisamment informée.

Dans ma communication au Congrès j'ai dit brièvement comment on pouvait à volonté produire ou éviter dans les cultures trichophytiques les formes de pléomorphisme. Des réensemencements de cultures jeunes, non hermétiquement closes, ensemencements répétés toutes les trois semaines, si l'on garde les cultures à de basses températures (maxima 25°) en leur laissant subir les oscillations thermiques du jour et de la nuit, ne présenteront jamais de pléomorphisme.

En réensemencant des cultures vieilles, fermées par un bouchon de caoutchouc, gardées à de hautes températures (33°-36°) dans une étuve à température fixe, on produira à volonté des formes pléomorphiques.

La nature du milieu a aussi une importance considérable, je l'avais dit dès 1894. L'azote albuminoïde en abondance fait croître les formes pléomorphes, les sucres, au contraire, conservent dans sa pureté, la forme trichophytique primitive.

Désormais il me semble que la seule pierre d'achoppement qui avait empêché beaucoup d'observateurs de se rallier à la doctrine pluraliste des trichophyties se trouve écartée de la route. Comme toujours, les fautes de technique ont engendré l'erreur des conclusions. Je pourrais inversement montrer que même en partant d'une hypothèse fausse, une technique rigoureuse fait arriver à des conclusions précises. Je n'avais pas connaissance, en 1894, de la valeur du pléomorphisme trichophytique et cepen-

dant, en l'étudiant sous le nom de commensalisme, j'avais pu énoncer, avec les chances d'erreur qu'il introduisait dans la question, les règles à connaître pour l'éviter.

Dans l'étude de ce sujet, il y aura désormais deux voies à suivre. Ceux qui voudront étudier les types trichophytiques de leur pays devront éviter dans leur collection toute forme pléomorphique.

Ceux au contraire qui connaîtront déjà la flore trichophytique de leur pays devront étudier botaniquement chaque espèce et la connaissance des formes de pléomorphisme qu'elle peut présenter leur sera utile.

Concluons en terminant : que vouloir, contre la pluralité trichophytique se faire une arme du pléomorphisme des mucédinées serait une grosse erreur de fait et de logique.

Le pléomorphisme est le passage d'un stade inférieur à un autre stade, supérieur. Il change une *mucédinée simple* en une *ascoporée* par exemple.

Mais changer un trichophyton en un autre trichophyton, c'est-à-dire une mucédinée simple en une autre mucédinée simple, ce ne serait pas du pléomorphisme, ce serait du transformisme darwinien.

Avant d'apporter une si grosse affirmation, il faut en donner la preuve. L'école de Prague ne l'a pas donnée. Nous croyons avoir prouvé le contraire : l'existence d'un grand nombre de trichophytos distincts, dont chacun peut fournir comme toute mucédinée un grand nombre de formes pléomorphes, mais dont l'espèce *trichophytique* est fixe et ne donne jamais lieu à un autre trichophyton.

F. — *Les favus à lésions trichophytoïdes*. — Voici un nouveau point très actuel de la question des teignes.

Il a été soulevé par M. E. Bodin (de Rennes) dans son récent travail sur les teignes du cheval et leurs inoculations humaines. Et le même sujet a fait l'objet d'une note confirmative et explicative du même auteur à la Société de biologie. Voici en quels termes on peut l'exposer :

Il existe chez l'homme un assez grand nombre de lésions circinées épidermiques ou pilaires dont la nature trichophytique ne semble faire aucun doute à l'examen objectif et que la culture démontre, causées pourtant par des espèces mycologiques fort différentes de tous les trichophytos connus.

En culture, ces parasites se rapprochent objectivement des cultures des diverses espèces faviques déjà connues à ce point qu'un mycologue sur leur aspect n'hésiterait pas à les classer parmi les favus.

Comme toutes les espèces connues de favus, ces champignons spéciaux ne poussent qu'avec une extrême lenteur aux températures ordinaires 10°-25°. Au contraire, et comme pour toutes les espèces faviques connues, leur croissance s'effectue beaucoup plus rapidement à la température de l'étuve (30°-35°).

Comme toutes les espèces connues de favus, ces champignons liquéfient la gélatine dès le premier jour de leur croissance (troisième ou quatrième jour après l'ensemencement), tandis que pour tous les trichophytos connus, la même liquéfaction ne commence que du douzième au quinzième jour.

Comme toutes les espèces de favus déjà connues, ces champignons

assimilent en quantité les matières azotées, organiques ou non, et contrairement à ce qui a lieu dans la culture de tous les trichophytons, les matières hydrocarbonées (les sucres) ne servent à rien dans le développement de leur culture.

Comme toutes les espèces connues de favus, ces parasites en culture se reproduisent par des formes rappelant à tous égards celle des *oospora*. Et jamais elles ne présentent la fructification en grappe caractéristique des *sporotrichum* (trichophytons).

Ces parasites appartiennent jusqu'ici à trois espèces seulement.

A l'examen microscopique des poils parasités, tantôt ces champignons affectent les formes mycéliennes des favus dans leur lésion pileaire, tantôt ils se présentent avec les caractères des trichophytons ectothrix les plus typiques.

Sur l'homme ces parasites donnent lieu :

1^o Ou bien à un cercle exactement trichophytoïde (âne, veau) ;

2^o Ou bien à un *kérion typique* (cheval).

Jamais ils ne donnent lieu aux godets faviques.

Inoculés à l'animal ils ne donnent pas de godets. Ils donnent lieu à un abcès cryptogamique d'où le champignon peut être extrait à l'état de pureté. Le champignon en rétro-culture reprend tous les caractères de la culture-mère.

Dans tous les cas de cette sorte relevés jusqu'ici, l'origine animale de ces parasites était : 1^o Invoquée par les malades ;

2^o A pu être retrouvée sans peine ;

3^o A été prouvée par la culture directe des lésions (également trichophytoïdes) de l'animal (âne, cheval, veau) ;

4^o Et par l'identité des cultures provenant de l'animal avec les cultures provenant des lésions humaines.

Dans tous ces cas, le diagnostic de trichophytie d'origine animale avait été porté par le clinicien.

Ces faits pouvaient donner lieu à deux conclusions divergentes.

I. — Ces espèces cryptogamiques sont des trichophytons à cultures faviformes.

II. — Ou bien ce sont des favus vrais à lésions trichophytoïdes.

Pour toutes les raisons mycologiques et biologiques rapportées plus haut, étant donné que la seule classification rationnelle des champignons parasites doit être basée sur la morphologie et la biologie de ces parasites, il faut adopter la seconde de ces conclusions à l'exception de la première.

Il y a des espèces de favus vrais donnant lieu chez l'homme à des lésions cliniquement trichophytiques et dont la culture seule peut révéler la nature favique.

Plusieurs auteurs avaient observé déjà des faits analogues à ceux qui ont servi à l'étude de M. E. Bodin : M. Malcolm Morris et M. le professeur C. Pellizari en particulier. En tous cas jamais, je crois, ce problème n'avait été posé et discuté avec cette rigueur et cette précision.

Et cette précision importait, car il s'agit d'introduire dans le sujet une tête de chapitre nouvelle.

MM. Ducrey et Reale présentaient en effet au Congrès parmi leurs cultures trichophytiques « un trichophyton du veau » qui très évidemment était l'espèce même que nous présentions, M. E. Bodin et moi, comme

« favus du veau » à lésions trichophytoïdes, après que toutes les expériences précitées en avaient affirmé la nature favique certaine.

Pour les observateurs, il y aura donc désormais un nouveau contrôle à faire dans ce sens et pour chacune des trichophyties anormales qu'ils rencontreront. Des confusions semblables restent possibles dans l'avenir et nous ne savons pas du tout si le nombre des cas de ce type n'est pas considérable.

Quel que soit leur nombre relatif du reste, leur importance reste grande — soit au point de vue clinique — soit au point de vue mycologique pour la différenciation botanique des divers groupes de teigne. Car ce groupe occupe une frontière et une frontière mitoyenne.

G. — *Correspondance entre l'espèce trichophytique et la forme objective de sa lésion humaine.* — Voici un autre chapitre où la question insuffisamment mise au point par tous n'a pas été discutée dans les termes qu'il convient.

Presque tous les auteurs refusent d'admettre aucune correspondance entre la forme de la lésion trichophytique et l'espèce trichophytique causale. Je ne puis m'empêcher de relever trois points faibles de leur argumentation.

I. — Plusieurs ont posé cette négation ayant examiné un nombre de cas infime : leur opinion est prématurée.

II. — Tous m'ont prêté sur ce point des opinions que je n'avais pas et que je n'ai jamais eues.

III. — D'autres se sont contentés de dire qu'ils avaient vu des exceptions aux règles générales posées.

J'ai dit (*Les trichophyties humaines*, p. 94, 118 et suiv., etc.) qu'il y avait certaines espèces trichophytiques, — dont j'ai donné les caractères de culture — et qui en France étaient hautement spécifiques et donnaient presque toujours lieu à une lésion particulière reconnaissable (folliculite agminée).

Or ni les collections d'Angleterre, ni celles d'Italie, ni celles d'Allemagne ne comprenaient une seule espèce de ce groupe (groupe des trichophytions à culture blanche), par conséquent à tous ceux qui ont contredit cette première partie de mes affirmations, il a manqué même les premiers éléments pour les contrôler.

J'ai dit de plus que d'autres trichophytions donnaient lieu à des trichophyties moins spéciales et qu'il faudrait sans doute beaucoup plus longtemps pour apprendre à les reconnaître.

Enfin j'ai dit que d'autres trichophytions donnaient des lésions trichophytiques si banales, si semblables entre elles, qu'il serait probablement impossible de les différencier jamais à l'œil nu.

Or, ces deux dernières affirmations de ma part n'ont pas été relevées et l'on a discuté les opinions précédentes comme si je les avais exprimées ainsi : Tout trichophyton a sa lésion propre reconnaissable.

Donc ici encore on s'est battu contre des fantômes. Je ne relèverais pas ces erreurs de discussion si certains auteurs n'avaient pas semblé traiter de fantaisie et d'imaginaires cette correspondance réelle entre certains trichophytions et certaines trichophyties. Et cette opinion me semble contraire à ce que fait prévoir une investigation scientifique rationnelle.

En effet, n'est-il pas certain à l'avance que deux causes morbides diffé-

rentes ne peuvent avoir d'effets identiques que pour une étude superficielle et incomplète. N'est-il pas certain que leurs effets sont différents bien que peut-être nous ne sachions pas les différencier.

Si j'avais donné au présent chapitre un titre plus général et par exemple celui-ci : correspondance entre les parasites cryptogamiques de l'homme et leur lésion ; est-ce que personne se serait étonné de voir distinguer par la clinique les favus des trichophyton. Comment ne pas songer que cependant nos pères ont trouvé d'abord cette distinction subtile et improbable et comment nous étonner dès lorsqu'une étude symptomatique et différentielle plus fine, soit encore possible.

Il est évidemment vite fait de dire : j'ai vu deux lésions identiques fournies pourtant par deux microbes différents. Mais cette remarque peut-elle servir à quelque chose ? Ce qui importe n'est pas de montrer les ressemblances des trichophyties entre elles. Elles ne sont que trop visibles puisque depuis cinquante ans elles avaient empêché tout progrès dans la question.

On confondait aussi la trichophytie et la tondante à petites spores. Cependant on les distingue maintenant.

Et si la tondante à petites spores se distingue à l'œil nu des trichophyties communes, n'est-ce pas une raison de croire que d'autres trichophyties peuvent se distinguer entre elles ?

Ce qui est bien certain, ici du moins, c'est que la folliculite agminée neuf fois sur dix a pour cause le trichophyton ectothrix pyogène à cultures blanches du cheval, que ce fait est assez constant pour s'être justifié 17 fois de suite sans un manque et que, partant, à Paris du moins quelque exception qui survienne il gardera sa valeur.

Que d'autres trichophytions et même des favus (E. Bodin) puissent donner lieu à une lésion similaire, c'est un fait à enregistrer. Cela n'entame pas la valeur du fait précédent.

Que d'autres trichophytions — en Italie ou ailleurs — donnent lieu à de semblables lésions, c'est possible ; que nos propres espèces, transportées en Italie donnent lieu à des lésions différentes, ce serait même encore possible. L'observation de France ne peut pas connaître des faits qui se passent ailleurs.

Et ce serait vraiment miracle que les mycoses fassent exception à la variation de virulence que tous les microbes jusqu'ici ont présentée.

Mais inversement il me semble d'un raisonnement défectueux de nier des faits expérimentaux, en se basant sur des observations recueillies en d'autres pays et concernant des parasites d'une espèce différente.

Je voudrais, en terminant, viser une erreur de logique que l'on rencontre à chaque instant dans les discussions, surtout médicales. Cette erreur consiste à présenter des symptômes inverses comme également fréquents dans un complexe morbide : « Ceci s'observe, mais le contraire *pareillement*. »

Presque toujours cette formule cache une insuffisance d'observation sous un masque d'apparence philosophique. Chacun sait de reste, en sciences naturelles surtout, que les règles comportent des exceptions. Il demeure cependant logique toujours et philosophique de mettre la règle à sa place de règle et de placer en regard l'exception comme exception.

Si les faits se partageant également, que l'observateur en accuse d'abord sa méthode d'analyse. Il est d'avance bien croyable que cette analyse manque d'acuité visuelle. Qu'il réfléchisse ensuite à une chose, c'est qu'il ne lui reste alors rien à dire; car dans un bilan où l'actif et le passif s'équivalent, le total égale zéro.

*
*
*

En dehors des faits étudiés et commentés plus haut, nombre de travaux particuliers ont été présentés à Londres dont il n'a point été parlé ici. Par leur particularité même, ils échappent à une analyse qui ne peut être que très générale.

De même ai-je dû passer sous silence, jusqu'ici, la communication de M. Leslie Roberts, parce que son auteur s'est placé lui-même hors de la voie qu'ont suivie tous les autres. De tous les faits dont il a parlé, aucun n'a trait à ceux que nous avons étudiés. Et il s'agit du même sujet, ce qui prouve le « pléomorphisme » de l'esprit humain.

Sans nier aucun des faits discutés plus haut, mais sans les étudier non plus, M. Leslie Roberts a entrepris l'étude « physiologique » des champignons parasites de l'homme et tout spécialement leur pouvoir de digestion de la kératine.

Il a trouvé, chez tous les dermatophytes de l'homme, un ferment *kératolitique*, ou du moins la preuve de son existence. Cela est intéressant. Mais il l'a retrouvé aussi et plus puissant chez des champignons qui ne sont point dermatophytes, tels que les *Aspergillus*, par exemple. Et cela devient moins clair. Enfin, sur cette particularité, M. L. Roberts a basé une classification des dermatophytes, et cela peut paraître un peu téméraire.

Parmi les *aspergillus*, on ne connaît que l'*A. fumigatus* qui soit pathogène. Encore ne donne-t-il qu'une phtisie spéciale. Jamais aucune dermatose n'a révélé sa présence. Dans le poumon, il n'y a pas de matière cornée. Le pouvoir de digestion de la kératine reste donc platonique chez l'*aspergillus*.

Je ne discuterai pas les faits apportés par M. L. Roberts, ne les ayant pas tous contrôlés. Ils ont leur intérêt en tant que faits particuliers. J'avoue ne point leur distinguer un intérêt plus général.

Ce que nous pouvons connaître de la physiologie des cryptogames est sûrement précaire et si même nos connaissances sur ce point pouvaient être plus complètes, il faudrait encore hésiter à édifier une classification sur la parité d'une fonction physiologique. C'est là une porte ouverte aux pires erreurs.

Une classification semblable des vertébrés rangerait parmi les oiseaux les quadrupèdes dont l'œuf n'a pas de placenta. On pourrait y joindre la chauve-souris puisqu'elle a des ailes; si l'on consultait la physiologie des voies digestives, les oiseaux ont un cloaque, mais aussi le crocodile.

Bref, une telle classification est sans exemple antérieur justifié — sans année — et je ne vois ni l'utilité scientifique, ni la certitude de ses conclusions. Aucune classification ne peut prendre pour base unique la physiologie,

parce que si tant est que l'adaptation aux milieux peut faire varier les organes, il est du moins pleinement certain qu'elle fait à l'infini varier ses fonctions. Il y a des oiseaux qui volent, c'est le plus grand nombre, mais d'autres marchent et ne peuvent pas voler. Il y en a qui nagent et plongent. Ce sont pourtant tous des oiseaux. Et les motifs anatomiques de leur classification valent contre toutes les raisons physiologiques du monde.

Les faits avancés par M. L. Roberts sont importants. Toutes les toxines et tous les produits d'excrétion des parasites cryptogamiques nous sont à connaître. Il y a donc beaucoup à faire là encore. L'important est de consulter nombre de faits particuliers d'ordre différent avant de s'essayer à des généralisations trop larges.

*
*
*

J'en ai fini cette fois. Et je regrette seulement de n'avoir pu donner à chaque point de cette revue le développement qu'il comporterait. Nous avons infiniment appris à Londres. M. Colcott Fox et ses élèves nous ont montré ce qu'est le souci du détail dans l'observation scientifique ; MM. Ducrey et Reale, combien le doute en matière d'observation doit être un guide sévère ; M. Unna et son école, combien les procédés expérimentaux appuient solidement l'argumentation et lui donnent de l'autorité. Enfin M. Malcolm Morris avec sa très fine causticité nous a donné le modèle de la bonhomie et de la simplicité du vrai savant.

Tous auraient pu avec des éloges nous faire connaître la vanité si chacun ne la connaissait par avance. L'accueil bienveillant qui nous fut fait ne saurait être oublié.

Cependant ce n'est pas ici un panégyrique banal, on doit donc y rencontrer des critiques : elles sont inspirées par la reconnaissance.

COMMUNICATIONS PARTICULIÈRES

Du traitement des dermatoses par l'eau chaude.

O. ROSENTHAL (Berlin) étudie d'abord les effets physiologiques des applications d'eau chaude à 40° ou 50° centigr. Localement la circulation est activée par suite de l'excitation des terminaisons nerveuses cutanées et des ganglions vasculaires ; en même temps il se produit une action générale sur la respiration, l'activité du cœur, la perspiration ; l'élimination de l'azote est augmentée et les centres nerveux même sont excités passagèrement. L'eau chaude peut être appliquée de façons très diverses, entre autres, sous forme de bains locaux des extrémités supérieures et inférieures, les applications sur le front ou les bains de siège.

Dans les dermatoses, on peut utiliser l'eau chaude pour accélérer les transformations chimiques, pour exciter la musculature vasculaire, pour faciliter la résorption des liquides exsudés, enfin pour modifier beaucoup d'affections d'origine nerveuse dont les lésions anatomiques sont encore inconnues. Quant aux affections cardiaques, celles-là seules qui s'accom-

pagnent de lésions vasculaires étendues, comme l'athérome artériel, constituent des contre-indications.

L'eau chaude possède un pouvoir bactéricide très important et l'on s'en est servi avec avantage dans le traitement du chancre mou, de la blennorrhagie, du favus et d'ulcérations d'origine diverse. L'eau chaude agissant sur les terminaisons nerveuses, modifie heureusement un certain nombre d'affections d'origine nerveuse, comme l'eczéma du scrotum ou de la vulve, le prurit anal, le prurit généralisé névropathique, l'eczéma chronique sec et fissuré des mains, les chéloïdes, les engelures, le psoriasis et la sclérodémie. Dans l'acné et surtout dans l'acné rosée, l'auteur a largement expérimenté l'eau chaude en lotions ou en bains locaux, et, sans en faire la base du traitement, il la considère comme un adjuvant très puissant.

D. BULKLEY (New-York). — L'eau chaude peut s'employer à des températures encore plus élevées que ne le dit M. Rosenthal; il emploie surtout des applications de linges mouillés pendant un temps très court, deux minutes environ.

L'eau chaude est le meilleur traitement de la plupart des maladies des ongles, de même que de l'eczéma de l'anus et de la vulve ou de l'acné indurée.

Si l'on veut une réaction plus vive on peut faire alterner les applications d'eau chaude et d'eau froide.

Une nouvelle forme d'emplâtre.

M. UNNA (Hambourg) a cherché à obtenir des emplâtres qui tout en jouissant des mêmes propriétés que les emplâtres ordinaires à la gutta-percha, ont l'avantage d'être moins apparents. Il a donné à ces emplâtres le nom de paraplastes.

Un nouveau véhicule pour l'application des remèdes topiques.

M. SCHIFF (Vienne) recommande le collodion à l'acétone comme véhicule pour l'application de la plupart des médicaments topiques.

Ce véhicule a l'avantage de former sur les parties affectées de la peau une couche protectrice qui en raison de son élasticité suit facilement tous les mouvements de la peau, tandis que, d'un autre côté, elle permet aux substances médicales qu'elle contient de laisser agir leurs qualités curatives d'une façon constante et, en conséquence, plus efficace.

Ce véhicule n'est pas soluble dans l'eau et a par cela même le grand avantage que les parties de la peau qui en sont enduites, peuvent être lavées à l'eau, sans nuire à l'efficacité des médicaments appliqués et sans que les parties de la peau affectées et recouvertes par la pellicule puissent souffrir de l'application de l'eau.

Le fait que l'iodoforme, le sublimé et l'acide phénique se dissolvent très facilement dans ce véhicule permet d'admettre que cette préparation, en raison des propriétés antiseptiques obtenues de cette manière, pourra être employée comme pansement antiseptique.

W. DUBREUILH.

Quelques remarques sur le sarcome de la peau et ses variétés.

M. SCHWIMMER (Budapesth) ne veut pas traiter la question en général, nos connaissances sur la nature du sarcome sont assez avancées, il veut seulement attirer l'attention du Congrès sur quelques nouveaux faits concernant la patho-histologie de cette maladie, ayant en même temps l'intention de comparer la nature du sarcome avec quelques autres affections de la peau, qui ont beaucoup de ressemblance clinique avec cette affection grave.

Quant à la dénomination, le rapporteur remarque que le mot « sarcome » était déjà employé par les anciens médecins. On trouve chez Galien et Paul d'Égine cette dénomination, de même que chez les Arabes. Dans un siècle plus avancé on trouve la même signification ; nous citons seulement le fameux chirurgien Ambroise Paré. Parmi les dermatologistes on peut citer Charles Lorry qui se servait du même mot ; mais toutes ces dénominations ne donnaient pas une explication exacte sur cette maladie parce qu'on la croyait une maladie aussi grave que le carcinome. Nous devons en première ligne la description particulière de cette affection à Virchow, qui la décrit comme une forme morbide distincte du carcinome et des autres maladies néoplasiques ; mais Virchow parle seulement du sarcome en général, sans mentionner le sarcome de la peau. Köbner en donnait la première description et constatait les mêmes caractères histologiques du sarcome de la peau, que Virchow connaissait déjà pour le sarcome des organes internes. Il y a plus de 25 ans que Kaposi décrivait, sous la dénomination : « Sarcome pigmentaire de la peau », une maladie tout à fait nouvelle et dont la description était suivie et augmentée par de nombreux auteurs français, anglais, américains et allemands.

Il existe donc, à présent, deux formes de sarcome de la peau : l'une connue et décrite par Virchow, Köbner et les chirurgiens, nous voulons l'appeler : le *sarcome chirurgical*, une affection qui se développe généralement comme une altération du tissu dans un organe quelconque de l'organisme et même de la peau sans s'étendre sur la surface du tégument ; l'autre c'est le *sarcome pigmentaire*, une forme plus grave, qui se répand sur la plus grande partie du corps, persiste pendant des années, s'augmente et envahit lentement la plus grande partie de la peau. Elle cause très souvent des métastases dans les organes parenchymateux, qui mènent généralement à la mort.

M. Schwimmer rapporte ensuite ses observations faites pendant les derniers trois ans : 7 cas, parmi lesquels il y avait 4 cas de sarcome généralisé ; ensuite, il compare le sarcome avec les autres affections plus ou moins analogues comme le lymphosarcome, le mycosis fongoïde et une forme encore innommée, qu'il a observée et à laquelle il donne pour le moment le nom : « *Mycose spuria* seu *Granuloma extensum* ». Pour donner une meilleure explication sur les observations mentionnées, M. Schwimmer montre de remarquables tableaux coloriés, et quelques photographies d'après nature.

Parmi les 4 cas de sarcome pigmentaire généralisé, il y en a deux, qu'il eut l'occasion d'observer jusqu'à leur mort. Dans ces cas on trouva

hors de la grande étendue du sarcome sur la peau même, des altérations dans les organes internes, notamment des noyaux sarcomateux dans le foie, dans les poumons et surtout en grande quantité dans les intestins. Chez ces deux malades les intestins grêles étaient remplis de petits nodules et la partie iléo-cæcale était presque bouchée par des altérations pathologiques qui formaient un anneau dans une étendue de 6-8 centimètres.

Un coup d'œil sur les ulcérations histologiques des tubercules pris des différentes parties du corps, montrait des altérations pathognomoniques. Dans un amas des cellules fusiformes (comme les cellules rondes faisaient défaut presque tout à fait), les nucléoles étaient en général bien colorés en bleu (d'après Weigert), mais quelques-uns avaient une couleur rose et se montraient atrophies. Cette coloration rose semble signifier un processus dégénératif avec la tendance de résolution du tubercule même; on peut d'autant plus accepter cette explication, comme on trouva aussi auprès de ces cellules décolorées des parties où les nucléoles sont fragmentés ou tout à fait absorbés. Les vaisseaux sanguins étaient augmentés et leurs parois, dans quelques parties, remplacées par le tissu sarcomateux même. Il n'y a aucun doute que l'affection sarcomateuse prend son origine des parois des vaisseaux sanguins et cela explique aussi la facilité des métastases dans des parties éloignées de l'issue de l'affection.

M. Schwimmer remarque en continuant son rapport et en comparant deux cas de mycose fongioïde observés par lui avec le sarcome même, qu'on ne peut pas regarder ces deux affections comme identiques. Dans la dernière maladie les cellules rondes prévalent. On ne trouve presque jamais de cellules fusiformes, quoique les cellules néoplasiques débordent dans le sarcome et dans la mycose toujours du tissu conjonctif. Les vaisseaux sanguins sont rétrécis et les lymphatiques dilatés, c'est juste le contraire des altérations qu'on trouve dans le sarcome. Il ne semble donc pas juste de confondre ces deux affections entre elles comme le font encore quelques auteurs, et il faut toujours distinguer pour l'avenir le sarcome pigmentaire du mycosis fongioïde.

Quant à la thérapeutique, M. Schwimmer est d'avis qu'il ne faut pas attribuer à la médication arsenicale une trop grande valeur. Quelques-uns de ces cas furent traités pendant des années avec l'arsenic sans le moindre effet. Dans d'autres il se montrait de même une résolution des tubercules sans aucune médication; ce fait s'explique facilement par la résorption ou l'atrophie pathologique des cellules rondes.

De l'emploi des injections de calomel comme traitement de la syphilis et comme moyen de diagnostic des affections chirurgicales.

M. SOFFIANTINI (Milan). — L'auteur reprend l'historique de cette question toujours d'actualité, et montre la part importante qui revient aux médecins de son pays qui, à la suite de Scarenzio qui inventa la méthode, l'essayèrent et la propagèrent; il cite les nombreux travaux étrangers qui depuis ces dernières années se sont accumulés. Il rapporte plusieurs faits personnels à l'appui de la valeur diagnostique de la méthode.

I. — Une tuméfaction de la grosseur d'une noisette à la partie dorsale

du sillon balano-préputial chez un homme de 58 ans. Les anamnétiques n'auraient jamais conduit au diagnostic de syphilis, et tout conduisait à admettre l'épithélioma du pénis assez fréquent à cet âge. Comme la lésion était grave, il était très urgent de se précautionner, avant de conseiller à cet homme l'amputation du pénis; je lui fis deux injections de calomel (à la région interscapulaire gauche et au bras gauche). Un mois après la guérison était parfaite.

II. — Il y a deux années, un major de l'armée italienne fut accueilli dans la maison de santé dirigée par M. Scarenzio pour une tuméfaction du bord gauche de la langue et la partie correspondante au pavé de la bouche. La tuméfaction avait le volume d'un œuf de pigeon, de manière que ce major ne pouvait parler que très difficilement. A vrai dire, dans ce cas, la guérison se fit attendre quelques mois pour se faire après complète et parfaite. Ce major est venu le mois passé me voir à Milan, et j'ai trouvé que la guérison est complète et parfaite. Honneur à la médecine conservatrice!

III. — Le mois de février de l'année passée j'ai traité par cette méthode une jeune fille de 19 ans, qui avait à la face, au nez et à la lèvre supérieure une forme, que j'avais diagnostiquée : *lupus ulcéreux* des joues, du nez et de la lèvre supérieure. Cette fille était malade depuis 9 ans, et sa difformité était augmentée au point qu'on lui avait interdit de rentrer dans un établissement industriel, où auparavant elle allait travailler. Il a suffi de 3 injections de 5 centigr. de calomel pour obtenir en deux mois un heureux résultat.

L'auteur cite encore plusieurs cas semblables qui confirment l'heureuse action, maintenant reconnue de tous, des injections de calomel.

Une nouvelle forme d'acné (*acné rubra seborrheicum*).

M. PETRINI (de Galatz). — Dans ces deux dernières années j'ai eu l'occasion d'observer deux femmes âgées de 30-35 ans, atteintes de lésions siégeant à la face et que l'on observe rarement.

Dans mon premier cas la maladie a commencé à 33 ans pendant l'hiver.

Il s'agit d'une femme âgée de 35 ans, qui il y a deux ans vit paraître pour la première fois des petits boutons rouges sur son visage et surtout sur les parties latérales du nez. Ceux-ci après un certain temps se réunissaient en petites plaques comme des pièces de deux francs, quoique la plupart de ces efflorescences gardassent leur individualité longtemps. Ces boutons étaient durs à la pression, avaient les dimensions d'un grain de mil et étaient accompagnés de démangeaison et de cuisson, *mais sans aucun suintement*.

Quelque temps avant son entrée dans nos salles, ces lésions se couvrirent de squames, formant des placards épais sur le nez et sur ses parties latérales.

Ces régions sont d'une couleur rouge clair, qui disparaît par une légère pression. La peau n'est pas infiltrée.

D'autres placard isolés s'observent aussi sur les lèvres et le menton, où l'on voit une disposition linéaire, zoniforme. Dans ces dernières régions une bonne observation fait voir des petits points rouges dans la direc-

tion longitudinale de ces placards et l'on s'aperçoit aisément que les dits petits placards comme les grands sont le résultat de la réunion des efflorescences papulo-vésiculeuses entre elles. A la desquamation de ces efflorescences se joint une sécrétion plus abondante qu'à l'état normal, des glandes sébacées, ce que nous avons constaté avec le papier de soie et l'acide osmique, d'où l'aspect gras croûteux de ces dépôts blanc grisâtre, que nous observons chez nos malades.

Par conséquent, ces dépôts sont dus d'un côté à l'exfoliation des parois des vésicules qui surmontent les petites papules et d'autre part, comme je viens de le dire, à une exagération de la sécrétion des glandes sébacées des régions atteintes. Je dois cependant faire remarquer que nous n'avons pas constaté la dilatation des conduits glandulaires, ni la pénétration sous forme de bouchons épidermiques dans ces conduits. De même nous n'avons pas constaté *la moindre télangiectasie de ces régions*.

Du reste, en laissant la première malade sans aucun traitement, pour suivre l'évolution de sa maladie, nous avons pu assister à l'apparition de nouveaux éléments papulo-vésiculeux et à de simples papules. Ceux-ci commencent comme des têtes d'épingles, de couleur rouge, et arrivent au bout de quatre ou cinq jours aux dimensions des grains de mil, à forme sphéro-conique; puis se surmontent ou non d'une vésicule à liquide trouble, deux ou trois jours plus tard. Ensuite commence leur résorption, leur exfoliation, sans laisser de cicatrices.

La muqueuse de la lèvre inférieure est congestionnée, un peu tuméfiée et recouverte d'une légère desquamation sèche, blanchâtre. La muqueuse des fosses nasales, à l'entrée de la malade dans notre service, était aussi recouverte de ces dépôts squameux, à aspect vernissé.

A côté des plaques squameuses qui ont une coloration d'un blanc grisâtre et qui occupent, comme nous l'avons dit, le centre de la figure, nous constatons des efflorescences coniques, isolées, en pleine évolution et d'un rouge vineux, et d'autres en voie de résorption, sur le front, les paupières, sur les régions maxillaires du visage et sur le menton.

En frottant avec les doigts les placards squameux, on peut enlever les dépôts qui les forment et mettre en évidence une surface rouge, congestionnée, sans traces de cicatrices.

La malade accuse quelquefois de la démangeaison et de la cuisson au visage et se lave à l'eau froide pour calmer ce symptôme.

Les sensibilités cutanées, tactiles et thermiques sont intactes.

L'urine ne contient ni albumine, ni sucre.

Les organes génitaux internes et externes sont indemnes de lésions.

La deuxième malade est atteinte à un moindre degré de cette affection.

Mais l'évolution de la maladie est chez elle toute différente. Elle est âgée de 30 ans, et dit avoir une sœur qui a aussi des boutons sur la figure. Elle a toujours été bien réglée, mais elle est constipée assez souvent. Les lésions chez elle seraient survenues depuis dix ans, et pendant l'hiver les petits boutons devenaient plus rouges. Mais elle dit que les placards squameux ne se seraient formés que depuis trois semaines. Elle accuse aussi de la démangeaison à la figure, mais elle n'a pas non plus *aucune trace d'eczéma*.

On ne peut dire qu'il s'agit dans ces deux cas d'une simple séborrhée congestive, car chez mes malades nous avons assisté à l'évolution des éléments d'acné, comme à la formation de dépôts squameux épais.

Par conséquent, je me suis cru en droit, pour mieux définir cette dermatose, de lui donner le nom d'*acné rubra seborrheicum*, et de la considérer comme une nouvelle forme d'acné.

Malgré mon désir, les malades ne m'ont pas permis de prendre un petit fragment de peau pour les recherches histo-pathologiques.

J'ai réussi à guérir ces malades par les moyens suivants :

1. Application de cataplasmes froids, de fécule boriquée pour faire tomber les squames et décongestionner les régions malades.

Quelques jours après ces applications, le visage était manifestement changé : les dépôts de squames avaient tombé, la rougeur était en grande partie disparue, et la poussée des nouvelles efflorescences avait cessé.

2. Chaque jour le matin, je leur fis faire sur le visage une pulvérisation avec de l'eau chaude contenant du foie de soufre en poudre fine, de dix minutes de durée.

3. Ensuite application d'une pommade à l'oxyde de zinc et tannin, et de la poudre de talc et d'amidon.

4. Le soir, lavage avec de l'eau chaude et du savon sulfureux, puis pommade avec de l'ichtyol, de l'oxyde de zinc et de la résorcine.

5. A l'intérieur, pilules avec de l'ichtyol allant jusqu'à un gramme par jour.

6. Diète lactée.

Purges salines deux fois par semaine.

7. Avec ce traitement mes deux malades ont été guéries au bout de 4-6 semaines.

H. F.

Lèpre et syphilis.

M. ZAMBACO-PACHA. — La confusion de la lèpre avec la syphilis, qui a eu lieu de tout temps, est possible encore aujourd'hui. Les éruptions lépreuses superficielles et même profondes, principalement celles qui accompagnent la forme tubéreuse, ressemblent à s'y méprendre à celles de la syphilis. Les papules, les tubercules, les taches pigmentées hyperchromiques et hypochromiques se rencontrent dans la syphilis et dans la lèpre.

Dans la lèpre et la syphilis les manifestations restent longtemps superficielles ; ce n'est que plus tard qu'elles attaquent les os et les viscères. Dans la lèpre ces derniers sont plus rarement affectés. Toutes les deux peuvent attaquer le larynx et même le poumon, de manière à simuler la phthisie. Dans toutes les deux il y a des douleurs ostéocopes nocturnes.

Toutes les deux peuvent s'arrêter, récidiver après un intervalle de plusieurs années ; toutes les deux sont héréditaires.

Dans la lèpre et la syphilis le système pileux de la face peut tomber. Mais les cheveux persistent dans la lèpre ; on voit des individus à face glabre et à chevelure mérovingienne. M. Zambaco n'a vu qu'une seule fois la calvitie lépreuse, le cuir chevelu était exceptionnellement envahi par des lépromes. Les poils repoussent dans la syphilis ; une fois tombés dans la lèpre, il ne reparaissent plus.

Les lésions des ongles se remarquent dans la syphilis et dans la lèpre ; dans la syphilis les onyxis sont plus fréquentes, tandis que les dactylites et les mutilations des doigts sont plus fréquentes dans la léprose ; cependant il y a parfois des dactylites syphilitiques, panarifomes, aboutissant à la mutilation des doigts.

Les ulcères des membres s'observent, vastes ou peu étendus, dans la deuxième affection et se ressemblent étonnamment. La déformation du nez, son affaissement, par la chute des os propres, sont communs dans les deux et ne peuvent guère se distinguer. Il en est de même des ulcères serpigneux rongean les ailes et le lobule du nez. L'ozène, avec des lésions de la cloison et perforation de cette dernière, se voit dans toutes les deux ; toutes les caries et les nécroses des os aussi, *mais les exostoses appartiennent en propre à la syphilis. La résorption des os, des phalanges est du fait de la lèpre.*

Les accidents buccaux se ressemblent dans les deux maladies, mais la perforation du palais est rare dans la lèpre.

Dans la lèpre les lésions du larynx on parfois les plus grandes analogies avec celles de la syphilis, surtout au début, lorsqu'il y a seulement tuméfaction et exulcération. Plus tard la distinction est facile par l'apparition d'un semis de lépromes.

La tuméfaction du nerf cubital se voit souvent dans la lèpre ; l'altération du même nerf se rencontre parfois dans la syphilis (Gaucher et Barbe).

Les parésies, les paraplégies, les paralysies sont rares dans la lèpre et fréquentes dans la syphilis.

Les affections oculaires, fréquentes dans la lèpre, peuvent parfois être identiques à celle que déterminent la syphilis. Mais la lèpre n'atteint jamais les yeux sans présenter d'autres symptômes concomitants, comme cela a lieu dans la syphilis qui peut ne manifester sa présence que par un iritis.

Le tabes se rencontre rarement dans la lèpre, il est fréquent dans la syphilis.

La lèpre et la syphilis peuvent coexister sur le même individu.

Dans le cas douteux où on hésite pour savoir si l'on est en présence d'accidents lépreux ou de manifestations syphilitiques, la diminution ou l'abolition de la sensibilité plaidera le plus souvent en faveur de la lèpre.

BARBE.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 6 juillet 1896.

Sur un parasite accidentel de l'homme appartenant à l'ordre des thysanoures.

MM. FRÈCHE et BEILLE rapportent l'observation d'un homme de 70 ans, très soigneux de sa personne, habitant la Charente-Inférieure, qui en août 1891, quinze jours après un voyage aux Sables-d'Olonne, à la Rochelle et à l'île d'Oloron, ressentit au cuir chevelu de vives démangeaisons et y trouva de nombreux parasites qu'il prit pour des poux ; les parasites disparurent à l'entrée de l'hiver. Depuis lors, malgré tous les soins de propreté et la désinfection de tous les objets mobiliers, ils ont reparu chaque année au printemps pour disparaître au mois de novembre ; ils semblent devenir de plus en plus abondants et circulent depuis 1894 sur le cou, le tronc et les membres. Le parasite, qui ne détermine aucune lésion de la peau et est simplement gênant et désagréable par ses mouvements, paraît appartenir au genre *Seira*. Le malade est la seule personne atteinte dans son entourage.

G. THIBIERGE.

CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

Nancy, août 1896.

Onychomycose trichophytique. Étude anatomique et biologique du champignon.

MM. ROSC et GALAVIELLE rapportent les recherches faites dans un cas d'onychomycose chez un sujet atteint de trichophytie cutanée généralisée. A l'examen direct, filaments mycéliens, dichotomisés, composés de cellules carrées ou légèrement arrondies, avec spores terminales et spores latérales. Les cultures obtenues des parties profondes de l'ongle préalablement plongées pendant huit à dix minutes dans l'alcool à 90° puis séchées au papier buvard stérilisé, se développent surtout en milieu sucré ; les cultures obtenues directement de l'ongle sont très maigres, elles ne deviennent luxuriantes qu'après sept à huit ensemencements successifs sur agar maltosé. Les auteurs décrivent les formes du champignon dans les cultures sur divers milieux.

Le diagnostic de l'onychomycose trichophytique, que l'on a regardé comme impossible, peut se faire par la recherche du parasite dans les poils du dos des phalanges, par l'aspect des cultures semblables à celles que donnent les cheveux trichophytiques ; l'inoculation aux animaux, par contre, ne donne que des résultats médiocres.

Vaccine et lèpre.

MM. AUCHÉ et CARRIÈRE (de Bordeaux) ont eu l'occasion de revacciner un sujet atteint de lèpre systématisée tégumentaire typique; ils l'ont inoculé dans une région absolument saine en apparence et au niveau d'un léprome anesthésique et ont constaté que la vaccine ne modifie pas l'évolution de la lèpre, inversement la lèpre ne modifie pas l'évolution de la vaccine. Sur les préparations histologiques de la vésico-pustule développée en région malade, ils ont trouvé des quantités de bacilles de Hansen; ceux-ci étaient rares dans le contenu de la vésicule. Dans la vésico-pustule développée dans la région saine en apparence, les bacilles existaient également, occupaient surtout les couches superficielles du derme, dans le plancher de la vésicule et il y en avait quelques-uns à l'extrémité profonde des tractus cellulaires qui la cloisonnaient. Il résulte de ces recherches qu'il serait imprudent de puiser du vaccin sur un lépreux, alors même que la peau serait en apparence saine.

Rapports de la tuberculose et de la lèpre à propos d'un cas de fistule à l'anus chez un lépreux.

MM. AUCHÉ et CARRIÈRE ont observé chez un lépreux une fistule anale présentant tous les caractères anatomiques de la tuberculose: follicules tuberculeux typiques avec cellules géantes ayant les mêmes caractères que celles de la tuberculose, bacilles rares contrairement à l'abondance du bacille de Hansen, inoculation positive au cobaye. Ils en concluent que la tuberculose peut se développer au cours de la lèpre.

G. THIBIERGE.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 30 novembre 1895.

Idiotie compliquée de troubles cutanés et d'une albuminurie de nature particulière; disparition de ces troubles et de l'albuminurie sous l'influence de la médication thyroïdienne.

MM. HAUSHALTER et GUÉRIN rapportent l'observation d'un idiot de 6 ans, présentant sur la face un léger empâtement des traits avec bouffissure des paupières supérieures et des paupières inférieures, et à la face antérieure de la jambe un épaississement de la peau qui était sèche, squameuse et un peu pigmentée sans œdème. Ces lésions cutanées cédèrent rapidement au traitement thyroïdien (ingestion de corps thyroïde de mouton).

Les auteurs pensent qu'elles étaient, ainsi qu'une albuminurie concomitante, sous la dépendance d'un trouble de la fonction thyroïdienne, mais n'osent les considérer comme identiques au myxoedème.

Séance du 11 janvier 1896.

Influence de l'antisepsie de la peau sur les manifestations cutanées de l'iodisme.

M. FÉNÉ a constaté que l'antisepsie intestinale, qui a une action pré-

ventive et curative très manifeste sur les manifestations cutanées du bromisme, est sans effet sur celles de l'iodisme. Par contre, l'emploi des lotions, répétées plusieurs fois par jour, avec une solution de permanganate de chaux à la dose de 40 milligrammes par litre, lui a donné dans deux cas de bons résultats, au point de vue de la prévention de l'éruption iodique chez un malade, de sa disparition chez l'autre.

Séance du 14 mars 1896.

Un cas de tuberculose cutanée occasionnée par un oiseau.

M. G. DURANTE rapporte l'observation d'une femme de 71 ans, ne présentant aucune tare tuberculeuse, qui fut atteinte de lupus de la deuxième phalange du pouce (avec noyaux secondaires sous-cutanés à l'avant-bras et au coude) à la suite d'un violent coup de bec donné à ce niveau par un moineau; cet animal, mal portant depuis quelque temps, mourut plus tard d'une affection interne mal déterminée. Les nodules sous-cutanés avaient la structure typique du tubercule; leur inoculation au cobaye provoqua une tuberculose généralisée inoculable au pigeon et au lapin.

Séance du 18 mai 1896.

Ictère grave, chez un nouveau-né atteint de syphilis hépatique, paraissant dû au proteus vulgaris.

MM. BAR et RENON communiquent l'observation d'un enfant du poids de 3,050 gr., né à terme d'une mère manifestement syphilitique, présentant dès sa naissance un foie volumineux et des troubles marqués de l'hématose; le deuxième jour, il eut de la fièvre, le troisième un ictère qui s'accrut très rapidement du quatrième au cinquième jour; pendant ce temps la température s'élevait de 39°,5 à 40°,9, et le sixième jour il succombait. A l'autopsie, faite deux heures après la mort, foie très volumineux (177 grammes), jaune sur la coupe avec des vaisseaux sanguins très élargis et obstrués par des caillots; à l'examen histologique, ectasie des vaisseaux interlobulaires entourés d'une gangue fibreuse intense, capillaires interlobulaires très ectasiés, cellules hépatiques en disposition trabéculaire, par places petites gommées à l'état embryonnaire; cellules très altérées sur beaucoup de points, infiltrées de gouttelettes graisseuses, nombreux bacilles et cocci isolés ou réunis deux à deux, surtout dans les espaces interlobulaires; en résumé, lésions réunies de la syphilis hépatique et de l'ictère grave. Le sang de la veine ombilicale, du cœur droit, le tissu du foie et de la rate donnent des cultures pures de proteus vulgaris d'Hauser. On ne peut donc attribuer l'ictère grave à la syphilis, mais bien à une infection surajoutée.

Séance du 27 juillet 1896.

Traitement des tuberculoses cutanées par le sérum de chien tuberculeux.

MM. BROCA et CHARRIN ont injecté du sérum de chien tuberculeux — rendu tuberculeux dans des conditions spéciales de façon à ce que la tuber-

culose n'évolue chez lui que d'une manière incomplète, — à plusieurs malades atteints de lupus. Dans deux très vastes lupus ulcéreux disséminés sur presque toute l'étendue du membre supérieur, les ulcérations se sont à peu près complètement cicatrisées ; dans un lupus du bras, non ulcéré, très saillant, il y a eu un affaissement très notable des tissus, puis le malade a été perdu de vue ; dans un petit lupus de la face, il y a eu une amélioration évidente, puis une ulcération superficielle consécutive à une suppuration locale. Comme tous les sérums, celui-ci peut provoquer des éruptions ortiées avec fièvre.

G. THIBIERGE.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

Congrès de Carthage, avril 1896.

Les eczéma des muqueuses.

M. CATOIS. — Les manifestations de l'eczéma sur les muqueuses peuvent être confondues avec des inflammations banales de ces muqueuses. Le plus souvent, les eczéma des muqueuses se caractérisent par la soudaineté de leur apparition et la rapidité relative de leur disparition. Ils sont plus fréquents chez l'homme que chez la femme et s'observent surtout de 35 à 60 ans. Les eczéma aigus s'accompagnent rarement de manifestations sur les membranes muqueuses ; il n'en est pas de même des eczéma cutanés chroniques.

Effets de la médication thyroïdienne dans deux cas de psoriasis.

M. MOSSÉ a traité deux nouveaux cas de psoriasis par l'injection de corps thyroïde et les bains de sublimé. Dans l'un (femme de 33 ans) l'éruption psoriasique discrète s'améliora rapidement à la suite de l'ingestion de corps thyroïde à la dose de trois à quatre grammes par jour ; cette amélioration disparut après la cessation du traitement. Dans l'autre (jeune fille de 16 ans, atteinte depuis cinq ans de psoriasis généralisé rebelle), il y eut rapidement une modification sensible et favorable, mais la médication thyroïdienne fut impuissante à amener la guérison.

Gomme syphilitique double de la moelle ayant déterminé un syndrome de Brown-Séquard bilatéral.

MM. HANOT et H. MEUNIER rapportent l'observation d'un homme de 42 ans, syphilitique depuis trois ans, qui présentait les symptômes suivants survenus brusquement neuf jours avant la mort : paraplégie flasque absolue des membres inférieurs et des muscles volontaires du tronc, dissociation dite syringomyélique de la sensibilité, sensibilité tactile supprimée dans la zone supérieure du territoire paraplégique et conservée dans les régions inférieures du corps, deux zones d'hyperesthésie superposées aux zones anesthésiées, abolition des réflexes rotuliens, incontinence continuelle d'urine, paralysie du rectum, inégalité pupillaire. A l'autopsie, deux noyaux gommeux situés de part et d'autre du sillon médian antérieur de la moelle, au niveau de la première paire dorsale à gauche et de

la deuxième à droite ; ces deux noyaux gommeux envoient deux prolongements de ramollissement central, commissural, dépassant en haut et en bas le niveau des tumeurs proprement dites.

G. THIBIERGE.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE DE PARIS

Séance du 14 février 1896.

Ramollissement des lobes latéraux du cervelet ; artérite syphilitique ; syndrome cérébelleux.

M. ZUBER présente les pièces provenant de l'autopsie d'un homme de 44 ans, syphilitique depuis l'âge de 20 ans, ayant eu à quatre reprises différentes depuis neuf ans des attaques apoplectiformes dont la dernière a laissé des troubles de l'équilibre offrant les caractères de l'ataxie cérébelleuse sans signes de tabes.

A l'autopsie, foyers de ramollissement correspondant aux territoires des artères cérébelleuses inférieures, le droit plus étendu que le gauche ; ces artères sont oblitérées ; foyers multiples de ramollissement dans les deux hémisphères cérébraux ; au niveau de l'hexagone de Willis et sur les sylviennes, plaques blanchâtres avec épaississements circonscrits ; aspect moniliforme de plusieurs des branches cérébrales à la surface des hémisphères : dilatation fusiforme de la cérébelleuse inférieure droite, sur une longueur de un centimètre. Pas d'athérome de l'aorte ni des gros vaisseaux. A l'examen microscopique, de la portion épaissie d'une des branches collatérales de la sylvienne, lésions de péri et de méso-artérite ; sur la dilatation fusiforme de la cérébelleuse, pas de poche anévrysmale à proprement parler, les trois tuniques sont amincies, confondues et fibreuses.

Séance du 6 mars 1896.

Psoriasis lingual récidivant non épithéliomateux.

MM. PILLIET et RICHE rapportent l'observation d'un homme de 68 ans, autrefois grand fumeur, qui, atteint de syphilis à l'âge de 25 ans, s'était aperçu depuis plus de 30 ans de la présence de plaques blanches sur la langue, avec présence d'une verrucosité assez saillante. Depuis quelques mois, le bord gauche est devenu sensible, un peu dur et il y a par moments des élancements du côté de l'oreille. A son entrée à l'hôpital, sur la moitié antérieure de la langue, plaques blanches avec saillies verruqueuses de volume variable reposant sur une base un peu indurée ; sur le bord gauche de la langue, crevasse profonde correspondant à une dent à bord tranchant ; par de lésion des ganglions. Ablation des parties malades. Examen histologique : les lésions présentent les caractères du papillome simple et non ceux de l'épithélioma.

Purpura hémorragique chez un nouveau-né syphilitique ; hémorragies gastro-intestinales. — Autopsie : ulcération de l'intestin grêle.

M. J. JOLLY rapporte l'observation d'un enfant, né avant terme d'une

Femme syphilitique ; cet enfant, débile, atteint de coryza depuis sa naissance, présenta au 24^e jour de larges plaques ecchymotiques occupant l'abdomen ; le lendemain, hématomésos et selles noires, qui se reproduisent les jours suivants ; mort en 3 jours. A l'autopsie, pas d'autre lésion viscérale qu'une ulcération de la partie moyenne de l'intestin grêle, longue de 8 millimètres et large de 5, assez profonde, dont l'examen histologique n'a pas permis de déterminer la nature, mais il ne s'agissait certainement ni d'une gomme ramollie, ni d'une ulcération tuberculeuse ou par thrombose.

Séance du 22 mai 1896.

Un cas de neuro-fibromatose.

M. F. RAMOND a examiné deux tumeurs enlevées à un homme atteint de neuro-fibromatose généralisée : elles étaient formées de tractus fibreux s'irradiant pour la plupart du point d'implantation vers la périphérie, formant une mince collerette fibreuse autour des vaisseaux ; il ne semblait y avoir ni fibres musculaires lisses, ni vestiges de glandes sébacées ou sudoripares ; sur certaines coupes, on voyait de petits faisceaux nerveux engainés par le tissu fibreux, mais le périnée ne semblait pas être le point de départ du processus.

Séance du 5 juin 1896.

Cornes des mains et des avant-bras.

M. PERAIRE rapporte 3 cas de cornes cutanées.

1^o Femme de 84 ans ; sur la face dorsale du médius droit, tumeur lisse sauf à son sommet qui est rugueux et couvert d'aspérités, de consistance ligneuse, remontant à 23 ans. Ablation. La tumeur est de nature cornée, sa base repose sur des papilles hypertrophiées, surtout développées à la périphérie de la tumeur.

2^o Homme de 42 ans, portant à la face antérieure du poignet droit une tumeur cornée, du volume d'une grosse canine, légèrement recourbée en haut et en dehors, de consistance cartilagineuse, de coloration grisâtre, opaline, à sommet conique, avant débuté il y a dix ans, par une petite verrue et s'étant surtout développée depuis onze mois.

3^o Femme de 68 ans ; sur la face dorsale de la main droite, au niveau de la racine du médius et de l'annulaire, tumeur de forme pyramidale, jaune brunâtre à sa base, blonde et transparente comme de l'écaille à son sommet, entourée d'un bourrelet cutané de coloration rosée ; son sommet est tronqué, aplati, à facettes, sa circonférence irrégulière présente des stries verticales parallèles à l'axe de la tumeur ; consistance ligneuse ; début il y a dix ans par une lésion d'apparence verruqueuse ; a pris un développement plus considérable depuis un an environ.

Dans la séance du 3 juillet, M. Peraire a communiqué les résultats de l'examen histologique des deux dernières tumeurs, examen pratiqué par M. Pilliet.

Dans le 2^o cas, il s'agissait d'une production cornée, pure, comparable

à l'ongle et non d'un papillome dont les végétations se seraient épaissies à leur surface.

Dans le 3^e cas, il s'agissait d'un papillome corné, peut-être d'origine inflammatoire.

Séance du 12 juillet 1896.

Un cas de syphilis cardiaque.

M. de MASSARY communique l'examen histologique d'un cas de gomme du cœur observé par M. Rendu (voir *Annales de dermatologie*, 1895, p. 896). Cette gomme présente les caractères histologiques habituels des gommes syphilitiques.

Séance du 19 juillet 1896.

Myôme dermique à la cuisse.

MM. BLANC et WEINBERG présente une tumeur enlevée, chez un homme de 69 ans, à la partie interne de la cuisse gauche ; cette tumeur, irrégulière, mamelonnée, mesure 7 centimètres de longueur sur 5 de large et 3 d'épaisseur ; la peau était très tendue, rose pâle, vineuse par endroits, ulcérée au niveau d'un des mamelons, adhérente à la tumeur ; pas d'adénopathies. Cette tumeur remontant à 30 ans, s'était accrue insensiblement et, il y a un an, ne dépassait pas le volume d'une noisette.

A l'examen histologique, on constate les caractères du myôme ; à la partie supérieure, la tumeur s'est substituée au derme.

Séance du 24 juillet 1896.

Syphilis héréditaire chez un nourrisson. — Exostoses symétriques des fémurs. — Pseudo-paralysie.

M. MARCEL LABBÉ présente les deux fémurs d'un enfant de 14 jours, atteint de manifestations syphilitiques (coryza, syphilides papuleuses de la face, des membres inférieurs, des bourses et des fesses, pseudo-paralysie des membres inférieurs) ; les deux apophyses supérieures de ces os présentent des exostoses symétriques, formant une sorte de collier autour de l'extrémité supérieure de la diaphyse au niveau de la base des trochanters ; l'apophyse est fragile et se détache facilement au niveau de la ligne d'ossification ; la diaphyse est entamée dans toute sa hauteur par une couche ostéophytique d'un millimètre d'épaisseur. L'examen histologique montre que le périoste et le cartilage prennent tous deux part à la production de ces exostoses ; le périoste est épaissi ; la ligne d'ossification est irrégulière et le cartilage modifié dans sa structure histologique végétée irrégulièrement.

G. THIDIERGE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 18 octobre 1895.

Sur deux cas de tabes de commune origine syphilitique.

M. ALBERT BERNARD rapporte l'observation de deux malades qui, atteints

de syphilis prise de la même femme à quelques heures de distance, en 1869, sont actuellement tabétiques tous les deux. L'un d'eux, aujourd'hui âgé de 58 ans, a débuté dans le tabes en 1891 par des troubles génésiques et visuels, suivis bientôt de douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs et est devenu complètement aveugle en 1894 ; actuellement il est dans un état voisin de la cachexie tabétique. Le second, âgé aujourd'hui de 50 ans, a présenté en 1890 les premiers signes du tabes : excitation génitale anormale et troubles de la vue ayant abouti en 1894 à la perte complète de l'œil droit ; pas d'incoordination.

Séance du 28 février 1896.

Sur la topographie du zona.

M. ACHARD communique à l'appui des faits rapportés par M. Brissaud (voir *Annales de dermatologie*, 1896, les schémas représentant la topographie de l'éruption dans quatre cas de zona ; dans trois cas de zona du tronc, l'éruption formait une bande horizontale ; dans un cas de zona de la ceinture pelvienne, l'éruption formait un placard vertical en avant, oblique en arrière, correspondant à plusieurs territoires nerveux. Il conclut de ces faits que le zona ne reproduit pas toujours la distribution des nerfs, et que la plupart des zonas sont d'origine médullaire.

Séance du 6 mars 1896.

Érythèmes dans l'érysipèle.

MM. CHANTEMESSE et SAINTON, sur 589 malades atteints d'érysipèle traités par les bains froids ou n'ayant subi aucune médication, ont observé 28 érythèmes, revêtant les types suivants : érythèmes simples, papuleux, diffus, scarlatinoides, ortiés, purpura, éruptions bulleuses ou polymorphes.

La forme érythémateuse, qui apparaît généralement entre le 2^e et le 5^e jour de l'érysipèle, est constituée tantôt par une ou plusieurs plaques à contours plus ou moins réguliers, occupant l'abdomen et les cuisses, tantôt par des plaques symétriques siégeant sur les membres, principalement sur les mains, parfois aux olécrânes ou aux malléoles, durant six à onze jours.

Six fois l'érythème a revêtu le type scarlatiniforme, apparaissant du 4^e au 7^e jour, disparaissant en général en quelques jours et suivi d'une desquamation en lamelles plus ou moins fines.

L'éruption papuleuse est plus rare que les précédentes.

L'érythème ortié est encore plus rare.

Les érythèmes purpuriques, contrairement aux formes précédentes, ne s'observent que dans les érysipèles graves, et sont fréquemment accompagnés d'albuminurie. Ils peuvent être constitués par quelques taches isolées, peu nombreuses au niveau des cuisses et des avant-bras ou par des hémorrhagies cutanées multiples accompagnées d'hémorrhagies viscérales, d'arthropathies affectant les allures d'un pseudo-rhumatisme infectieux : ces cas sont l'indice d'une infection profonde de l'organisme.

Les éruptions vésiculo-bulleuses sont rares.

Séance du 13 mars 1896.

Erythème infectieux dans la fièvre typhoïde.

M. GALLIARD rapporte l'observation d'un homme de 30 ans, pris au 22^e jour d'une fièvre typhoïde, avec phénomènes ataxo-adyamiques et hémorrhagies intestinales, d'une éruption morbilliforme qui dura 3 jours, et s'accompagna d'élévation de température; mort au 38^e jour de la maladie dans l'adynamie.

Séance du 10 avril 1896.

Hémophilie avec stigmates télangiectasiques.

M. CHAUFFARD présente une femme de 50 ans, ayant eu à nombreuses reprises des hémorrhagies spontanées par différents points de la surface cutanée ou des muqueuses et quelques hémorrhagies traumatiques abondantes. On constate d'assez nombreuses stries rougeâtres, formées par plusieurs petits vaisseaux dilatés, arborescents ou plexiformes, formant comme de petits nævi en miniature et très superficiels. Ces stries sont disséminées sur les joues, le front, le pavillon des oreilles. M. Chauffard a constaté directement que plusieurs hémorrhagies avaient eu lieu au niveau de ces télangiectasies. A l'examen du sang, léger état anémique avec diminution du nombre des hématies et de leur teneur en hémoglobine. Pas de cas d'hémophilie dans la famille. Pas de signes d'hystérie chez la malade.

M. Chauffard pense que l'hémophilie ne dépend pas d'un processus anatomo-physiologique univoque et qu'elle peut être la conséquence de lésions vasculaires, représentées ici par la production de télangiectasies.

Séance du 10 avril 1896.

Syringomyélie avec anesthésie dissociée en bande zostéroïde sur le tronc. Remarques sur l'origine spinale du zona.

M. ACHARD présente un malade atteint de syringomyélie avec amyotrophie du type Aran-Duchenne, chez lequel on constate une bande d'anesthésie dissociée (thermoanesthésie et analgésie sans perte de la sensation de contact), unilatérale, transversale, mesurant de 6 à 10 centim. de hauteur et affectant la disparition d'un zona.

Séance du 1^{er} mai 1896.

Éruption syphilitique généralisée survenue chez un ancien paralytique infantile, ayant respecté le membre atrophié.

M. JOLLY rapporte l'observation d'un homme de 45 ans ayant été atteint à l'âge de un an d'une paraplégie qui laissa à sa suite un arrêt de développement du membre inférieur droit: atteint de syphilis, il a vu les syphilitides sporiasiformes qui se sont développées sur toute sa surface cutanée respecter absolument le membre atrophié, jusqu'au pli fessier en arrière, jusqu'au pli crural en avant.

Séance du 15 mai 1896.

Lupus éléphantiasique du membre supérieur, consécutif à une tuberculose des os de la main compliquée d'érysipèles récidivants.

M. G. THIBIERGE présente un homme de 35 ans, atteint depuis son jeune âge d'un lupus éléphantiasique, consécutivement à une tuberculose des phalanges de l'index et de l'auriculaire; le malade a eu un nombre considérable d'érysipèles du membre. Le présentateur insiste sur la fréquence des antécédents de tuberculose profonde chez les lupiques et sur le rôle de l'érysipèle, qui, loin d'avoir dans ce cas le rôle curatif qui lui a été parfois attribué dans le lupus, n'a fait que compliquer les lésions tuberculeuses d'une lésion surajoutée, l'éléphantiasis.

Séance du 5 juin 1896.

Observation de syphilis cérébro-spinale précoce.

M. DU CAZAL rapporte l'observation d'un homme atteint d'un chancre syphilitique vers le 15 octobre, de syphilides papuleuses au commencement de décembre, qui, le 17 février suivant, commence à se plaindre de céphalalgie et d'insomnie; les jours suivants, la céphalalgie devient très violente, surtout la nuit, de vives douleurs apparaissent dans les membres inférieurs, et huit jours après se montrent des attaques d'épilepsie limitées aux membres du côté gauche; puis stupeur, parésie assez prononcée des membres supérieurs et surtout inférieurs, cachexie assez prononcée. Guérison complète par le traitement spécifique. L'auteur insiste sur la précocité des troubles nerveux.

Séance du 5 juin 1896.

Scarlatine à rechute et érythèmes scarlatiniformes.

M. COMBY rapporte 3 observations de malades pris, dans les semaines (15, 14 et 18 jours) qui ont suivi une scarlatine régulière, d'une éruption ayant tous les caractères de la scarlatine, accompagnée de fièvre, d'angine et suivie de desquamation. Il considère ces cas comme des exemples de rechutes de scarlatine, analogues aux faits de Henoch, Pilliet et Barthez, etc.

M. RENDU a observé un fait analogue, mais il pense qu'il s'agissait d'une éruption scarlatiniforme due à une infection streptococcique secondaire à la scarlatine, et pour lui la plupart des cas de scarlatine à répétition publiés par les auteurs doivent recevoir cette interprétation: dans les faits de M. Comby, l'existence de suppurations multiples est en faveur de la nature infectieuse secondaire de l'éruption nouvelle.

M. LE GENDRE a vu un cas absolument typique de scarlatine à rechute.

M. ROGER a observé 10 cas d'érythèmes post-scarlatineux sur 90 malades atteints de scarlatine: 3 fois l'éruption, lichénoïde ou papuleuse, n'avait aucune ressemblance avec celle de la scarlatine; 5 fois, elle était franchement scarlatiniforme, restait localisée au thorax ou à l'abdomen ou s'étendait légèrement sur la racine des membres, s'accompagnait d'une légère démangeaison et disparaissait en 2 ou 3 jours sans qu'il y eût d'exanthème.

Deux fois, l'éruption scarlatiniforme était généralisée et s'accompagna dans un cas d'angine légère, dans l'autre de fièvre, d'arthropathies et d'albuminurie. L'existence d'éruptions scarlatiniformes à la suite de la diphtérie, de l'érysipèle, etc., et d'autre part la multiplicité d'aspect des éruptions qu'on peut observer à la suite de la scarlatine — et qui, par transitions graduées, vont des érythèmes sans autre manifestation morbide à ceux qui reproduisent le tableau plus ou moins complet de la scarlatine — doivent imposer une grande réserve dans l'interprétation des cas de ce genre et empêchent d'être très affirmatif dans la plupart d'entre eux.

Séance du 19 juin 1896.

Observation de contagion de syphilis au moyen d'un rasoir contaminé.

M. CATRIN rapporte l'observation d'un homme de 71 ans, atteint de chancre syphilitique du menton après s'être servi d'un rasoir appartenant à son fils, lequel était syphilitique. État général grave, traitement difficile en raison du mauvais état des dents et des gencives. Iritis double suivie de synéchies antérieures.

Séance du 10 juillet 1896.

Application des rayons de Röntgen à l'étude d'un cas de rhumatisme déformant d'origine blennorrhagique.

M. ACHARD présente les radiographies des articulations d'un homme de 30 ans, atteint à trois reprises de blennorrhagie, toujours accompagnée de rhumatisme déformant. Actuellement, les doigts et les orteils offrent des types de rhumatisme blennorrhagique déformant avec tuméfaction des extrémités osseuses et déviation des orteils. On constate dans le premier espace interosseux, de chaque côté, un peu en arrière de l'articulation métatarso-phalangienne, un point douloureux, très limité, au niveau duquel le doigt ne perçoit absolument rien. Sur les radiographies, on constate en ces points une tache sombre, correspondant à une végétation ostéophytique qui s'attache par un pédicule au premier métatarsien.

G. THIBIERGE.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE PARIS

Séance de mars 1896.

Lésions syphilitiques du cordon.

M. LAUGIER. — Les lésions syphilitiques du cordon consistent macroscopiquement en induration du cordon, épaissement des parois vasculaires, sclérose des vaisseaux ombilicaux et, très rarement, dissociation des éléments du cordon par fonte de la gélatine de Wharton. Histologiquement elles sont constituées par l'endartérite principalement, plus rarement par la périartérite; plus rarement encore il y a des lésions de l'amnios et de la gélatine

de Wharton. Lorsque ces lésions affectent, soit dans les parois vasculaire, soit même dans la substance gélatineuse, la forme d'amas nodulaires de cellules rondes et coïncident avec des altérations spécifiques du placenta et du fœtus, on peut affirmer presque certainement leur origine syphilitique; mais si elles existent seules et si rien dans les antécédents ne peut faire penser à l'existence de la syphilis, on devra être plus réservé.

G. THIBIERGE.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Paris, octobre 1895.

Rhinoplastie dans l'acné hypertrophique.

M. T. JONNESCO rapporte l'observation d'un homme de 26 ans, atteint d'acné hypertrophique diffuse du nez, qu'il a traité par la décortication totale du nez immédiatement suivie de rhinoplastie totale par la méthode italienne (procédé de Graefe) avec un résultat excellent. Il considère cette méthode comme le traitement de choix en pareil cas. G. THIBIERGE.

SOCIÉTÉ VIENNOISE DE DERMATOLOGIE (1)

Séance du 5 février 1896.

Ichtyose serpentine.

M. EHLMANN présente un cas de cette affection, dans lequel, se basant sur la description de Tommasoli, il écrit qu'il s'agit dans cette maladie d'une auto-intoxication; il a essayé le menthol à l'intérieur. Sous l'influence de cette médication les squames sont tombées, toutefois le quadrillage de la peau persiste.

Syphilis acquise par la circoncision pratiquée selon les rites israélites.

M. POPPER présente: 1° le cas suivant, d'un enfant âgé de 7 mois, né de parents sains, qui fut circoncis huit jours après sa naissance. Ulcère du pénis, engorgement des ganglions inguinaux. Trois mois plus tard éruption qui persista plusieurs semaines et disparut sous l'influence d'un traitement par le calomel. Selon le dire de la mère, deux autres enfants auraient été encore infectés par le même opérateur. On ne saurait dire si l'opérateur est syphilitique ou si l'infection est due aux instruments.

M. KAPOSI. — On a observé en 1870 toute une série de cas de ce genre qui furent pris en partie pour des ulcères tuberculeux. Récemment on a contraint les opérateurs à se servir d'instruments propres; la succion de la plaie leur est aussi interdite.

M. GRÜNFIELD. — Malgré toutes les prescriptions il survient toujours des

(1) *Archiv. f. Dermatol. u. Syphilis*, 1896, t. XXXV et t. XXXVI.

cas semblables parce que les opérateurs ne savent pas employer l'antisepsie, des médecins seuls devraient pratiquer cette opération.

M. LANG rappelle que Rust a vu à Cracovie une véritable épidémie de ces infections syphilitiques chez des enfants.

M. E. KOHN fait remarquer qu'à chaque circoncision assiste un médecin qui a le devoir d'examiner les instruments.

2° Un homme de 73 ans, atteint d'une **affection primaire syphilitique**. Les ganglions inguinaux sont à peine tuméfiés, ce qui est peut-être dû à leur involution sénile.

3° Un malade de 25 ans, atteint de **carcinome développé sur un lupus** guérison par excision et transplantation (opéré par le professeur Lang).

4° Un malade de 58 ans, avec **carcinome du pénis**.

M. RILLE présente : 1° un cas de **psoriasis vulgaire** intéressant en raison de sa localisation. Les membres inférieurs (surfaces d'extension) sont presque exclusivement le siège des plaques psoriasiques typiques; les autres régions du corps sont complètement indemnes, à l'exception des coudes où se trouvent deux ou trois efflorescences de la dimension d'une demi-lentille.

2° Une couturière de 29 ans, avec **larges ulcérations gommeuses de la vulve et du rectum**. Dans la fosse naviculaire, ulcération de l'étendue environ d'une pièce de 50 centimes avec granulations pâles et aplaties et dépôt visqueux, bords légèrement décollés, au centre perforation communiquant avec le rectum. Le rebord urétral est en partie détruit et l'orifice de l'urèthre est caché dans le fond de l'ulcère. Sur la muqueuse rectale, au-dessus de l'orifice anal à droite, ulcération de la dimension d'une pièce de 2 francs, à gauche une autre ulcération de l'étendue d'une pièce de 50 centimes, les plis de l'anus sont allongés, épaissis et cicatriciels. En mars 1894 cette malade a été traitée à la clinique du professeur Kaposi pour une syphilide papuleuse; les ulcérations datent du mois de juin 1895, et la malade séjourna alors d'août à septembre à la clinique pour des symptômes analogues. Un fait digne d'attention c'est l'apparition précoce d'accidents tertiaires; à cette époque il y avait encore sur le tronc une roséole en voie de disparition.

M. EHLMANN. — Il s'agit certainement ici d'une gomme récente; Pölchen a récemment contesté la nature syphilitique des ulcérations de ce genre. Il serait intéressant de rechercher s'il n'y a pas de gonocoques. Il a décrit autrefois une série de cas semblables. Une de ces malades présentait sur toute la petite lèvre de larges ulcères plats, dont l'examen histologique fit reconnaître la nature tuberculeuse.

M. LANG pense que toute une série de rétrécissements du rectum, regardés comme syphilitiques, sont d'origine blennorrhagique, mais il ne saurait admettre avec Pölchen que ces rétrécissements sont le plus souvent consécutifs à une bartholinite.

M. NEUMANN a observé dans l'espace d'une année 5 à 6 de ces cas de maladies du rectum, de la vulve et de l'urèthre. La maladie du vagin

apparaît en même temps que celle du rectum, d'où naissent des fistules vagino-rectales. Il a dans ces dernières années vu 5 cas de ces affections ayant leur siège sur l'utérus. Pour le diagnostic il faut tenir compte de l'aspect en forme de croissant des ulcères, de leur siège latéral, de la tuméfaction et de l'excoriation de l'orifice. Les affections gommeuses que l'auteur a observées ces dernières années sur les organes génitaux de la femme étaient localisées : sur la vulve 5 fois, sur la vulve, le pubis et le périnée 3 fois, au vestibule et à l'entrée du vagin 4 fois, à l'orifice urétral 8 fois, dans le vagin 10 fois, sur la portion vaginale du col 4 fois. Quant à l'époque d'apparition de ces affections, il a noté de 2 à 18 ans après l'infection.

Séance du 26 février.

Maladie éléphantiasique du bras gauche.

M. LANG présente un enfant de 9 ans, atteint de cette affection. Le bras est envahi depuis l'épaule jusque vers le milieu de l'avant-bras, sous forme de tumeurs dures, volumineuses, qui ont le caractère d'une néoformation de pigment et de tissu graisseux sous-cutané ainsi que de tubes nerveux noueux, épaissis, qui n'étaient pas particulièrement sensibles. Sans tenir compte du pigment on enleva les tumeurs éléphantiasiques de la peau et du tissu sous-cutané ainsi que les neuromes ; on constata alors que les tubes nerveux avaient un aspect en spirale, se continuaient dans la profondeur et qu'il était nécessaire d'aller les chercher dans les muscles ; les vaisseaux étaient proliférés et dilatés. L'extirpation de ce néoplasme se fit en quatre séances afin de n'apporter aucun trouble dans les fonctions du bras. Comme on a pu le remarquer déjà l'année dernière, les fonctions du bras sont conservées. Toutefois depuis quelque temps il y a des douleurs dans l'avant-bras et on peut constater la présence de nouveaux névromes.

Lèpre tubéreuse et maculo-anesthésique.

M. V. HEBRA. — Ce cas concerne un malade habitant le Brésil. Il y a un an les premières nodosités apparurent au visage. Actuellement elles sont disséminées à l'angle du maxillaire et sur l'arcade zygomatique, le visage présente en outre la coloration spéciale des lépreux. Il est à remarquer que les nodosités se sont réduites presque de moitié pendant les 4 derniers jours de la période d'observation, ce qui peut dans une certaine mesure être rapporté à l'influence du climat. Sur le bras gauche, plaque anesthésique ; quelques points rouge-brun disséminés sur les bras et les cuisses.

L'orateur propose, au lieu de la division usuelle des formes de lèpre, de les distinguer simplement en primaires et secondaires. Les formes primaires sont les nodosités provoquées directement par le virus lépreux, les formes secondaires constituent les plaques anesthésiques qui sont produites par la lèpre dans le tissu conjonctif des gaines externes des nerfs et dans le névrilème des nerfs situés dans la profondeur ou des nodules lépreux, en un point éloigné du nerf.

M. SCHIFF demande s'il ne faut pas rapporter la régression des nodules en un si court laps de temps à la disparition d'un œdème concomitant.

M. KAPOSI fait remarquer que la régression spontanée des nodules lépreux coïncide parfois avec des élévations notables de la température — fièvre de résorption. Il est opposé à la division proposée par v. Hebra; il regarde comme justifiés les trois types de lèpre maculeuse, tubéreuse et anesthésique. L'orateur appelle l'attention sur une tache rosée située sur l'abdomen; ces taches, selon lui, seraient d'abord hyperesthésiques, plus tard anesthésiques.

M. NEUMANN a observé un cas de lèpre avec régression spontanée de nodules isolés. La tuberculine, l'érysipèle peuvent déterminer des résultats analogues. Au Brésil, la plupart des cas de lèpre s'observent dans la province de San-Paolo. La division de la lèpre en lèpre tubéreuse et lèpre anesthésique correspond à la division primitive de Danielssen et Bæck; ce dernier auteur s'est élevé énergiquement contre l'opinion de F. Hebra qui admettait une forme maculeuse spéciale, les taches survenant dans la lèpre tubéreuse comme dans la lèpre anesthésique. L'orateur énumère ensuite les caractères typiques de cette dernière variété de lèpre, elle est beaucoup plus rare et les cas qu'ils a vus en Norvège, en Portugal et dans les États des Balkans appartiennent presque exclusivement à la forme tubéreuse. Dans les colonies anglaises (Madras, etc.) la proportion des formes tubéreuses aux formes anesthésiques est de 70 à 30.

M. v. HEBRA dit qu'il y avait en effet de la fièvre pendant que les nodules diminuaient de volume; selon lui, les taches sont pour la plupart des nodules non développés.

Angiomes caverneux multiples.

M. ULLMANN. — Il s'agit d'une femme présentant sur la moitié gauche du visage des angiomes caverneux, mous, de la grosseur d'un pois, d'une teinte noir-bleu uniforme, quelques-uns transparents dans leur moitié supérieure. Si on arrachait une de ces efflorescences il se produisait une abondante hémorrhagie difficile à arrêter. L'examen histologique montra qu'on avait affaire à un angiome caverneux. Il y avait aussi du pigment, mais non renfermé dans des cellules comme dans le mélanosarcome, mais qui provenait du sang coagulé. Les nodosités survenaient par poussées sous forme de nouvelles éruptions. Virchow trouva que, dans ces cas, il se produisait d'abondantes hémorrhagies à l'époque de la ménopause. Cette malade est à l'âge critique et éprouve depuis longtemps des hémorrhagies profuses, irrégulières.

M. KAPOSI fait remarquer que les mélanosarcomes envahissent en 6 à 8 mois toute la surface cutanée et gagnent aussi les organes internes. Dès le début ce sont des productions verruqueuses, les angiomes au contraire sont globuleux, les plus récents aplatis.

Nævus vasculaire congénital.

M. NEUNANN présente un cas qui est en connexion avec le précédent. Il s'agit d'un garçon de 23 ans qui porte sur la jambe gauche plusieurs groupes de tumeurs très confluentes, noir-bleu, de la grosseur d'un demi-pois, disposées en grappes, assez molles au toucher, quelques-unes sont ouvertes et sécrètent un sang liquide rouge foncé.

M. ULLMANN. — On a publié dernièrement, dans les *Archives de Virchow*, des travaux sur les tumeurs de pigment : elles ne seraient pas des proliférations de l'épithélium mais de l'endothélium. Les nævi pigmentaires se transforment facilement en sarcomes.

M. SPIEGLER a vu à la consultation du professeur Kaposi deux cas où des nodosités analogues existaient le long des veines scrotales.

Eczéma artificiel.

M. NEUMANN présente un malade de 32 ans, atteint d'eczéma artificiel généralisé, provoqué par l'application de poudre d'iodoforme sur une petite contusion du front. Sous cette influence il se développa un eczéma pustuleux sur tout le visage ; actuellement la peau de cette région est infiltrée, œdémateuse, rouge, avec pustules recouvertes de croûtes melliformes. Par action réflexe l'eczéma envahit ensuite tout le corps sous forme d'eczéma rubrum.

Bartholinite.

M. LANG préconise dans cette affection l'extirpation totale de la glande malade et de ses cordons enflammés. Il a procédé ainsi chez une jeune fille de 17 ans, atteinte d'uréthro-cystite blennorrhagique, de bartholinite et de végétations. Dans ce cas il a enlevé le conduit excréteur et une partie de la glande ; la guérison a été complète.

M. RILLE indique une méthode analogue qu'il a employée à la clinique du professeur Neumann : après anesthésie cocaïnique il remplit la glande avec la seringue d'Anel, incise la peau sur la tumeur et fait avec les ciseaux plusieurs incisions pour diviser la glande et le tissu affecté, ensuite on enlève toute la masse avec des ciseaux courbes et la curette. La guérison est presque toujours définitive.

M. EHLMANN pense que c'est plutôt le conduit excréteur, et non la glande elle-même, qui est atteint de blennorrhagie.

M. WILHELM demande s'il n'y a pas des cas où le conduit excréteur est seul affecté et si son extirpation ne suffirait pas, ce qui permettrait de conserver la glande.

M. NEUMANN. — Le canal excréteur est souvent détruit, il se forme alors une cavité qui peut contenir aussi un liquide séreux. Si le canal excréteur est seul malade, il suffit de l'enlever. L'extirpation de la glande est parfois difficile en raison de son adhérence à la muqueuse. La bartholinite n'est pas toujours de nature infectieuse, on l'observe chez les personnes obèses et chez les femmes enceintes, mais le plus souvent chez les prostituées consécutivement à l'infection.

M. RILLE. — Les rapports histologiques ont été étudiés par Touton, Jadassohn et Herbst. L'abcès n'est pas provoqué par des gonocoques mais par des agents pyogènes, les gonocoques ne déterminent que des pseudo-abcès, analogues aux abcès péri-uréthraux de la fosse naviculaire de l'homme.

Lupus vulgaire.

M. POPPER présente un homme de 52 ans, atteint de lupus vulgaire

étendu de la face et du pavillon de l'oreille droite, guéri après excision et transplantation suivant la méthode de Thiersch.

M. KAPOSI présente : 1° Une malade atteinte de **blennorrhagie** et de nombreux **mollusca contagiosa** sur les grandes lèvres.

2° Un cas d'**herpès zoster facial et bilatéral**.

3° Une femme de 45 ans affectée d'**éléphantiasis arabum** des joues et des paupières, développé consécutivement à des érysipèles chroniques récidivants de la face.

4° Un cas de **syphilide à petites papules**. Les efflorescences sont localisées aux follicules et aux glandes sébacées, d'où résultent des symptômes de séborrhée qu'on observe d'ailleurs assez fréquemment dans la syphilis.

M. NEUMANN a vu récemment chez un enfant atteint de syphilis héréditaire une syphilide à petites papules ayant l'aspect d'un lichen pileaire.

Séance du 11 mars 1896.

Sarcome pigmentaire idiopathique multiple.

M. KAPOSI dit que ces sarcomes sont caractérisés par une marche lente. Le malade présenté aujourd'hui serait atteint de cette affection depuis 10 ans environ. Les doigts de la main gauche sont épaissis, ils ont l'aspect fusiforme typique et sont, par suite, écartés les uns des autres; sur la face dorsale de la main il existe de nombreuses papules rouge-bleu, demi-sphériques, en partie groupées, de la grosseur d'un pois et même davantage; beaucoup sont hémorragiques, d'autres, notamment au niveau de l'articulation du poignet, présentent une dépression, par conséquent un indice de régression; on voit également sur l'éminence thénar des plaques avec centre ridé; sur les pieds les efflorescences sont en voie de régression. En général les hémorragies prédominent, les nodosités sont ridées ou brillantes, semblables aux nodules lépreux; toutefois on trouve aussi des nodosités dures, disséminées en différents points, que l'orateur attribue à des dépôts de fibrine; il en est ainsi sur la face palmaire de la main gauche et aux pieds.

Séance du 15 avril.

Complexus symptomatique de la maladie de Raynaud.

M. EHLMANN présente un malade atteint de cette affection qui aurait débuté il y a 9 mois avec des douleurs qui rayonnent du bras dans l'avant-bras, sur le trajet des nerfs médian et cubital. Le pouls est à peine sensible au bras gauche. Troubles trophiques. Sur les phalanges, la peau est très adhérente aux tissus sous-jacents, moins mobile; ongles déformés; cicatrices ayant l'aspect de celles du panaris. Il ne s'agit pas d'une véritable maladie de Raynaud, il n'y a en effet ni symétrie, ni troubles de la sensibilité; muscles atrophiés, toutefois leur irritabilité électrique est normale.

Vitiligo avec éruption lichénoïde.

M. RILLE présente un malade âgé de 22 ans atteint depuis environ 7 ans d'une affection de la peau caractérisée par un certain nombre de plaques assez nettement circonscrites, de différentes dimensions, de l'étendue d'une pièce de 5 francs en argent à celle de la paume de la main, arrondies ou orbiculaires ou en forme de cartes de géographie. La peau comprise dans ces plaques est rouge pâle, en quelques points rouge vif, les sillons et les lignes de la peau sont fortement accusés; entre les compartiments polygonaux petites squames minces, blanchâtres, par endroits épaisses et d'une teinte grisâtre. Sur le thorax, vers la crête iliaque, grandes plaques; à gauche et à droite du nombril plaques plus ou moins étendues qui sont entourées par une zone vitiligineuse large, non pigmentée. Comme dans le vitiligo idiopathique ordinaire la partie qui circonscrit les taches blanches est plus fortement colorée, toutefois bien moins caractérisée que dans celui-ci.

Cà et là apparaissent à l'intérieur des plaques rouges de légères papules de la grosseur d'une tête d'épingle que l'on n'observe que depuis la cessation de la pâte de zinc. A plusieurs reprises on a constaté des symptômes de régression, en ce sens que la rougeur, l'infiltration, la desquamation et le quadrillage étaient moins caractérisés. A gauche, sur la paroi thoracique, vers le dos, quelques taches de vitiligo. Dans les creux poplités plaques plus larges. Au pubis petites squames et croûtes circonscrites, jaune-gris, ici aussi vitiligo en voie de développement.

Ce cas n'est pas sans analogue, vu que Neisser en a présenté un semblable au Congrès de Breslau, sous la dénomination de vitiligo avec éruption lichénoïde; dans celui-ci il y avait encore perte des poils à la symphyse et dans les creux axillaires, en outre diverses colorations cyanosées et rouge brique clair, comme dans la stase veineuse provoquée par le froid; enfin Neisser trouva que dans son cas il manquait une zone marginale hyperpigmentée dans les districts voisins de la leucopathie en opposition au vitiligo. Il est incontestable que les parties colorées en blanc surviennent en connexion avec les plaques rouges et peuvent présenter une certaine analogie avec la perte du pigment consécutive à la disparition des syphilitides, étant donné que, ici comme dans ces dernières, il se produit des courants de résorption plutôt que dans le vitiligo ordinaire.

M. KAPOSI. — Ce cas ne lui paraît pas être identique à celui présenté à Breslau; là il y avait des taches de vitiligo, mais à leur intérieur on voyait des papules rouges, exactement périfolliculaires, on pouvait par suite les regarder comme du lichen. Toutefois pas de desquamation. Si on voulait rapporter le tableau clinique à l'état anatomique, on devrait dire que les vaisseaux des papilles s'étendaient dans le voisinage des productions folliculaires. Par conséquent, la peau était unie, non en desquamation, les papules pâlissaient sous la pression du doigt pour réapparaître immédiatement après; elles faisaient ainsi l'impression de districts vasculaires parésiés.

L'orateur a tenu le même langage dans le cours de la discussion qui a eu lieu au Congrès. La formation normale du pigment est liée à la pré-

sence d'un corps papillaire normal. Des cicatrices et des parties atrophiées de la peau n'ont pas de papilles normales, donc pas de cellules normales du réseau et par suite pas de pigment. Le pigment ne peut se produire quand un état paralytique des vaisseaux papillaires accompagne l'altération des papilles.

L'orateur croyait alors pouvoir démontrer qu'avec l'atrophie a lieu parallèlement aussi la disparition des papules. Il n'y avait pas de taches diffuses. Le cas actuel est certainement analogue à celui de Breslau, cependant l'auteur ne croit pas pouvoir les identifier. Il croit plutôt que la rougeur chez le malade présenté ici constitue l'affection primitive. Elle existe déjà depuis longtemps, sept années, à la période d'un pityriasis rubra ou d'un eczéma squameux; un psoriasis en régression pourrait aussi avoir cet aspect. De semblables surfaces en desquamation, diffuses, rouges, mais qui pâlisent par la suite, sèches, ne se rencontrent pas dans le vitiligo, pas plus qu'il ne peut exister dans un cas pareil et pendant sept ans un semblable état inflammatoire. Les squames sont par endroits très épaisses, mais il n'existe pas de papules comme dans le psoriasis, le processus est diffus. L'auteur remarque en outre qu'il n'y a pas un vitiligo simple, mais une atrophie de la peau; on a aussi l'impression qu'il existe une atrophie lisse complète, tandis que le vitiligo reste au niveau de la peau et que les orifices folliculaires sont tout à fait visibles. Ce malade rappelle à Kaposi un cas publié par Er. Wilson dans son journal, il l'a résumé sous le nom de morphée. Parmi les cas de ce genre il en est qui donnent l'impression de la scléroderme; il se produit d'abord des foyers érythémateux rouge bleu qui déterminent un épaississement semblable à de l'albâtre. Wilson dit qu'il a vu aussi plusieurs cas avec anesthésie. Kaposi a observé il y a quelque temps un homme avec de grands disques rouges exactement semblables sur le thorax et l'abdomen. Il s'agit d'une affection bénigne, existant déjà depuis quatre ans et qu'il avait déjà à cette époque désignée aussi sous le nom de morphée. Alors il existait de la rougeur, actuellement il y a de l'atrophie. Hebra vit jadis un cas de plaques blanches dans des disques rouges, ce ne pouvait être de la sclérodermie car il n'y avait pas d'épaississement mais seulement de la rougeur et de la desquamation, avec plaques atrophiées centrales déprimées. Kaposi regarderait donc le cas actuel comme un érythème qui a déterminé de l'atrophie.

M. EHRMANN se rappelle le cas de Breslau ainsi que ce celui de Hebra et il se demande si le cas actuel ne serait pas la période de début du tableau morbide présenté par Neisser.

M. NEUMANN fait remarquer que ce cas est le premier de ce genre, par conséquent on ne saurait déterminer la nature de l'affection. La rougeur, la production de squames, l'hypertrophie du pigment, ainsi que le vitiligo d'une part, les bourrelets hypertrophiques qui entourent des surfaces polygonales et existent notamment à la surface interne des cuisses d'autre part, ne rentrent pas dans les cadres d'une quelconque des affections connues de la peau. On ne saurait davantage regarder comme absolument caractéristiques les parties atrophiées pour le diagnostic d'une maladie déterminée de la peau, attendu qu'on observe aussi ces phénomènes à la

période finale d'autres affections, par exemple dans le pityriasis pilaire. Sous la dénomination de morphée on a rangé des dermatoses tellement différentes que ce diagnostic ne saurait convenir dans ce cas. L'orateur est d'avis qu'il faut attendre encore avant de se prononcer.

M. KAPOSI ne regarderait pas ce cas comme unique, il a vu déjà des cas semblables.

M. KAPOSI présente une malade atteinte d'**érythème noueux**. Dans ces derniers temps on a observé de nombreux cas de cette affection, plus fréquemment que des cas d'**érythème multiforme**.

M. NEUMANN présente un malade affecté d'**érythème multiforme et iris**.

M. v. BAUER, deux cas d'**affection syphilitique primaire des lèvres**, un cas d'**affection initiale des amygdales**, un autre cas de **gomme du ganglion cubital** et un cas de **syphilis précoce**.

M. NEUMANN montre un malade de 33 ans, atteint de **syphilis maligne précoce** qu'il a déjà présenté l'année précédente. Il existait alors sur le front et le dos une syphilide pustuleuse et ulcéreuse. Après 8 injections d'hyposulfite de mercure et de potasse, il survint un érysipèle pendant lequel les efflorescences primitives disparurent presque complètement; toutefois il se produisit peu après un rupia syphilitique. Ce malade fut soumis à un traitement par les pilules d'hémo-iodo-mercurique, la décoction de Zittmann et 28 frictions, finalement encore de l'iodure de potassium, et il fut congédié au mois de janvier. Actuellement le malade revient à l'hôpital avec une syphilide ulcéreuse du nez et de la lèvre supérieure.

M. NEUMANN présente un homme de 26 ans, atteint d'**ichtyose généralisée** et de **syphilide papuleuse**. La peau du tronc et des membres, à l'exception de la paume des mains, de la face dorsale des pieds, de la surface interne des jambes et de petits districts circonscrits dans le pli cubital, le creux poplité et la partie supérieure du sternum, est le siège des lésions classiques de l'ichtyose. Sur les parties indemnes de cette éruption ainsi que sur les parois latérales du thorax il existe des efflorescences aplaties, rouge brun, de la dimension d'une lentille, des papules lenticulaires en voie de résolution; il en est de même à la paume des mains. A la lèvre supérieure et inférieure, au-dessous de l'extrémité de la langue, papules de forme orbiculaire de la dimension d'une lentille, érodées, recouvertes d'un dépôt diphtéroïde. Durée de la syphilis depuis l'infection, environ 6 mois.

M. NEUMANN présente une paysanne de 25 ans avec une **syphilis ulcéreuse du nez**. Sur le côté droit du nez, ulcère de 6 centim., atteignant la joue et la lèvre supérieure. L'aile droite du nez est en grande partie détruite, de sorte qu'on peut voir dans toute son étendue, la cavité nasale attendu que la cloison manque. La racine du nez est considérablement élargie et aplatie, le dos du nez enfoncé, les caroncules lacrymaux tuméfiés, la paupière inférieure droite œdémateuse. La lèvre supérieure tuméfiée. Le voile du palais, les amygdales, la voûte palatine et la luette

manquent, et présentent à droite des bords cicatriciels, à gauche ulcérés. La paroi postérieure du pharynx présente sur la ligne médiane une cicatrice étroite, d'un brillant tendineux, amincie, au-dessous de laquelle on arrive directement avec la sonde sur la colonne vertébrale. Sur le palais, à droite de la ligne médiane, ulcère qui a atteint l'os.

M. NEUMANN présente encore: 1° une journalière de 52 ans, avec des **gommages**, l'une sur le nez et l'autre située dans la région de la **malléole interne du côté gauche**; 2° une paysanne de 25 ans avec un **lupus vulgaire, papillaire, hypertrophique** et un **éléphantiasis arabum de la jambe gauche**; 3° une fillette de 13 ans avec un **lupus vulgaire du nez** guéri par le raclage.

M. RILLE présente le malade que M. Neumann a montré il y a quelques semaines et qui était atteint d'un **nævus vasculaire congénital** de la jambe gauche. Après avoir essayé pendant longtemps la compression, l'orateur enleva les tumeurs avec le Paquelin et la curette. On constata alors sous les productions ectasiques un tissu dur, très résistant, dont on reconnut au microscope la structure fibroïde. A la périphérie, il existe de nouveau des réseaux veineux dilatés qui rendront sans doute nécessaire l'extirpation totale.

M. GRUNFELD présente divers **instruments en verre pour l'urèthre**. 1° Des cathéters en verre, analogues comme forme au cathéter court d'Ultzmann pour les injections de la partie prostatique; 2° des endoscopes en verre de 10 à 13 centim. de longueur et qui correspondent aux nos 18 à 26 (Charrière); 3° des sondes en verre, exactement semblables aux sondes métalliques ordinaires, du n° 10 au n° 30 (Charrière). Tous ces instruments ont de nombreux avantages au point de vue antiseptique. On les fait bouillir dans une solution sodique, on les conserve dans le sublimé, on les lave ensuite dans l'eau stérilisée et on peut les introduire facilement sans l'emploi de la graisse.

Quant à l'objection de leur fragilité, l'orateur dit qu'elle n'est pas à craindre; ainsi depuis des années il les a employés ainsi que ses assistants et ses élèves, sans qu'il en résulte aucun inconvénient.

Séance du 29 avril 1896.

Nigritie.

M. GENSER présente un enfant âgé de 9 mois dont la peau a une pigmentation foncée anormale, principalement au genou, au coude et dans la région lombaire, où elle a une coloration presque noire; çà et là on trouve des altérations plus claires, sur le dos par exemple, deux taches blanc clair de la dimension d'une pièce de cinq francs en argent. Il n'y a pas d'ichtyose, la peau est complètement lisse, muqueuses normales. Cette coloration daterait de la naissance; chez les parents la couleur de la peau est normale. Ces cas sont rares en Autriche. A l'hospice des Enfants-Trouvés de Moscou, sur 200,000 enfants on n'en a rencontré que trois avec une pigmentation plus forte.

M. v. HEBRA pense qu'il s'agit ici d'un vitiligo exceptionnellement précoce et très développé. On sait que dans le vitiligo la peau est toujours foncée au début et que les surfaces claires apparaissent plus tard. Le vitiligo est sans doute rare à un degré aussi prononcé et à un âge aussi tendre. En quelques points la peau est noire comme celle d'un nègre. La mère croit, il est vrai, que les surfaces claires proviennent de plaies ; c'est peu probable cependant, les cicatrices de vaccin présentant ici une pigmentation également foncée.

M. NEUMANN regarde la pigmentation foncée comme l'état anormal primitif de ce cas, le vitiligo se serait ensuite développé sur ce terrain.

M. EHLMANN présentera prochainement des préparations d'où il résulte que l'hyperchromasie a pour conséquence non seulement des surfaces de la peau qui deviennent blanches, mais que le plus souvent ces processus évoluent parallèlement. On voit que dans les points où il y a abondance de pigment, non seulement les cellules qui forment le pigment, mais encore les leucocytes sont en plus grand nombre. Avec la méthode de Tánzer on trouve que dans le vitiligo consécutif au carcinome utérin le nombre des fibres élastiques a diminué dans les parties périphériques, tandis qu'il a augmenté dans les parties centrales ; il existe donc une espèce de dessiccation. On ne sait pas encore pourquoi dans le carcinome de l'utérus et de ses annexes, dans la grossesse et la tuberculose, le vitiligo est si fréquent, s'il est dû à des substances toxiques ou à des lésions de tissu.

M. v. HEBRA. — Dans les cas cités par Ehrmann, il ne s'agit que de pigmentation. Le vitiligo est au contraire une maladie qui consiste en un état de plus en plus foncé de la peau et est suivi d'un éclaircissement de quelques parties du tégument externe. Toute nigrilie n'entraîne pas nécessairement le vitiligo ; c'est ainsi que la pigmentation consécutive à la malaria reste sans modification.

M. HOCK croit que s'il s'agissait d'un vitiligo, les plaques blanches déjà anciennes se seraient agrandies, à moins qu'on admette un vitiligo stationnaire.

M. EHLMANN. — Dans le carcinome utérin il n'y a pas seulement hyperchromasie, mais un véritable vitiligo, il survient des taches blanc crayeux avec bord brun foncé.

M. KAPOSI regarde cet état comme de la mélanose congénitale dans le sens d'un nævus pigmentaire. Le vitiligo apparaît avec une pigmentation foncée, surtout dans toutes les races de couleur foncée, et les taches blanches deviendraient aussi plus grandes avec le temps dans ce cas.

Molluscum contagieux.

M. KAPOSI présente un cas extraordinaire de cette affection. Il concerne un nourrisson de 6 mois et demi, bien développé ; il y a 6 semaines il était très bien portant et l'affection est apparue tout d'abord sur le cuir chevelu. La maladie ressemble d'une manière frappante à une acné bromique. Sur la joue gauche, croûtes brun noirâtre sur une surface tuméfiée, les bras sont le siège de nodosités de dimensions variables qui se réunissent en une tumeur bosselée ; elles sont recouvertes de croûtes crevassées, sales, brun noir. Sur la jambe gauche, deux nodosités de l'étendue de deux

pièces de 5 francs en argent, recouvertes de croûtes grasses, vert noir, d'autres plus petites ; sur la jambe droite, plusieurs efflorescences semblables, non discoïdes, mais de forme plus allongée.

Ni la mère ni l'enfant n'ont jamais pris de brome. A un examen plus attentif on trouve dans les régions du front, du nez, du cou, des efflorescences disséminées, disposées en stries et en traînées, moins grosses qu'un grain de mil, des papules avec reflet aqueux mais ne contenant pas de liquide. Les plus grosses papules sont transparentes, avec léger ombilic au centre. Sur le front et à la pointe du nez se trouvent de grandes plaques nettement circonscrites, à bords tranchants et présentant à leur centre une petite dépression, sur les bords il y a en général des vésicules transparentes, groupées en forme de rosette. Les plus gros foyers, en forme de bourrelet, sont constitués de la même façon. Ces papules ombiliquées font penser au molluscum contagieux. A l'examen microscopique, on ne trouve que des masses épidermiques en fragments, pas de corpuscules de molluscum.

Ce n'est qu'en examinant le contenu d'une efflorescence située dans le pli entre le pouce et l'index qu'on reconnut la présence de nombreux corpuscules de molluscum, de gros éléments semblables à des croissants, quelques-uns sphériques ou renfermés dans des cellules. On pouvait observer des poussees qui se produisaient dans l'espace de quelques heures, de la matinée à l'après-midi. La maladie ne date que de six semaines.

On a souvent observé l'apparition aiguë du molluscum contagieux ; Zeissl, Neumann, dans l'état puerpéral. L'orateur a vu encore survenir subitement des centaines de ces efflorescences chez des malades mis dans le bain continu. Tant que les efflorescences ne sont pas recouvertes de croûtes, elles ressemblent extérieurement au molluscum contagieux. Consécutivement au processus de suppuration il y a exfoliation du contenu. Quelques efflorescences ressemblent aux grains de milium qui se développent aussi d'une façon aiguë après le pemphigus et l'érysipèle.

On trouve également dans la séborrhée des croûtes semblables qui ne sont pas le produit du sérum. Les efflorescences volumineuses naissent par série des nombreuses tumeurs semblables d'où sont expulsées les masses en dégénérescence grasse et qui existent alors en amas irréguliers. Quant au traitement, il faut en premier lieu faire tomber les croûtes dans le bain, on enlève ensuite mécaniquement le contenu des papules ; toutefois il importe de conserver autant que possible les parties soulevées afin d'éviter les cicatrices et de ne pas provoquer une inflammation qui pourrait devenir dangereuse pour l'enfant.

M. NEUMANN. — L'éruption donne en réalité l'impression d'un exanthème bromique. On n'a encore jamais vu un molluscum si généralisé.

M. KAPOSI, pour bien caractériser ce cas dans sa forme excessive, voudrait le désigner sous le nom de molluscum contagieux géant.

Gommes de la portion vaginale du col et de l'orifice de l'urèthre.

M. NEUMANN présente une malade de 27 ans (prostituée), atteinte de cette affection.

Il existe à l'orifice de l'urèthre un ulcère de forme circulaire qui occupe la plus grande moitié de la paroi latérale gauche ainsi que toute la paroi postérieure. Au toucher vaginal on constate que l'urèthre se présente sur l'étendue d'un centimètre sous la forme d'un cordon très dur. La portion vaginale du col a le volume d'une pomme; sur la lèvre antérieure, ulcère large, à bords dentelés, circonscrits. La consistance de toute la portion vaginale est assez dure. Sur les membres inférieurs et sur les avant-bras, nombreuses efflorescences spécifiques.

Les affections gommeuses de la portion vaginale du col sont rares; habituellement on observe en même temps des gommes du vagin et des organes génitaux externes. Le diagnostic n'est pas toujours facile à établir, notamment chez les femmes ayant eu plusieurs accouchements. Cependant on peut encore faire le diagnostic quand l'ulcère est situé à une certaine distance de l'orifice externe, présente des bords serpiginoux, et si, en même temps, il existe sur la peau et les muqueuses d'autres lésions syphilitiques tertiaires, si enfin les symptômes mentionnés disparaissent sous l'influence d'un traitement spécifique.

Syphilis hémorrhagique.

M. NEUMANN présente un homme de 51 ans ayant sur les surfaces d'extension et cubitale de l'avant-bras droit des plaques discoïdes, d'efflorescences en groupe, rouge foncé, hémorrhagiques, avec ulcérations au centre. Sur la région sternale, plaques hémorrhagiques recouvertes de croûtes brun foncé. Sur les membres inférieurs, lichen pileaire en général hémorrhagique. Suffusions sanguines sur la conjonctive bulbaire et palpébrale, taches hémorrhagiques sur la luette, les amygdales et la muqueuse buccale. Il y a huit ans, syphilis récente, lésion initiale et exanthème maculeux. 29 frictions.

Séance du 13 mai 1896

M. KAPOSI montre l'enfant qu'il a déjà présenté et qui est atteint d'une forme aiguë de *molluscum contagiosum*.

Dans les premiers temps on ne voyait pas d'efflorescences caractéristiques, mais plus tard se développèrent des mollusca contagiosa tout à fait typiques. Dans ces mollusca on trouvait une grande quantité de corpuscules de molluscum, ronds, coniques, avec proéminences; en outre des formes spéciales avec dessin délicat sur le bord provenant de la destruction des épines, au moyen desquelles des cellules épineuses étaient primitivement liées entre elles. De plus, on constatait la dégénérescence graisseuse qui a déterminé dans ce cas les amas épais de sébum.

Les mollusca chez cet enfant se ratatinent, tombent et laissent après eux une cicatrice. Entre les efflorescences, très rapprochées en certains points les unes des autres il ne reste, entre les cicatrices, que de petits flots de peau saine, qui ensuite font saillie sous forme de productions verruqueuses, comme dans la variole confluente, et qu'il faut enlever avec des ciseaux.

Le traitement consiste dans l'application de savons et de pommades,

qui déterminent plutôt une rétraction qu'une exfoliation des papules de molluscum. Les efflorescences s'aplatissent peu à peu en laissant des cicatrices plus ou moins étendues.

M. KNÖPFELMACHER présente : 1° un garçon de 7 ans avec **hyperhidrose de la face dorsale de la main gauche** ; 2° un enfant de 4 ans avec une **syphilis héréditaire tardive** ; tuméfaction légère du condyle interne du tibia de chaque côté avec synovite, résultant par conséquent d'une ostéochondrite. Tumeurs fluctuantes (gommes) sur les deux muscles deltoïdes. Denture incomplète, il n'y a que les incisives, les autres dents sont tombées. La langue est rugueuse et courte. Ce malade est le dernier de cinq enfants, parmi lesquels il y a eu trois avortements, le quatrième est mort en venant au monde. D'après le dire de sa mère, il existait un exanthème au moment de la naissance.

M. MRACEK ne considérerait pas ce cas comme de la syphilis héréditaire tardive, l'enfant ayant présenté de bonne heure des accidents. On peut se demander si les symptômes actuels sont véritablement de nature syphilitique.

M. NEUMANN a observé autrefois un cas semblable, également avec un exanthème. A l'autopsie on constata de la tuberculose.

M. KNÖPFELMACHER fait remarquer que l'absence de douleur, l'insuccès complet d'un traitement anti-tuberculeux essayé pendant longtemps, la diminution de la tumeur du muscle deltoïde sous l'influence d'un traitement spécifique démontrent le caractère syphilitique de l'affection.

M. NEUMANN. — Les tumeurs des muscles deltoïdes sont des gommes. Des myosites récentes ne se rencontrent qu'exceptionnellement dans ces points.

M. SCHIFF présente un enfant avec un **nævus pilaire et de l'hypertrichose** occupant toute la surface du dos ; à la périphérie et sur la peau des membres, plaques velues, circonscrites, de la dimension d'une lentille, à pigmentation brun pâle.

M. SCHEIN rappelle les communications de Michelson où plusieurs membres d'une même famille présentaient de l'hypertrichose et en même temps des déficiences dans la denture. On pourrait regarder cet état comme de l'atavisme, par analogie avec les édentés qui ont pareillement un pilosisme abondant et une denture peu développée.

M. KAPOSI. — Il n'y a sans doute dans ce cas qu'une coïncidence accidentelle ; il a vu plus d'un cas de fort pilosisme et de nævus sous forme de caleçon avec une très belle denture.

M. EHLMANN. — Ecker a démontré que cette manière de voir était erronée. Par contre, il existe un rapport entre les mélanoblastes et le pilosisme. Quant à l'époque de la puberté, les organes génitaux se recouvrent de poils, la pigmentation devient aussi plus accusée. On trouve une augmentation des nids cellulaires d'où part la formation des poils contenant de la moelle.

M. LANG présente un cas de **sycosis avec excroissances papillaires**.

M. POPPER présente : 1° un cas de **pilosisme de la peau du pénis** ;

2° une malade atteinte de **bartholinite après résection partielle de la glande**. A cette occasion, M. Lang fait observer que l'extirpation totale de la glande de Bartholin n'est pas praticable avec l'anesthésie locale, la narcose dans ces cas est trop compliquée ; par contre, la résection avec l'emploi de la cocaïne est facile à faire. Si même la guérison exige trois semaines, ce traitement est toujours préférable à celui par les injections qui ne permettent pas en général d'obtenir une guérison complète.

M. RILLE présente un malade de 17 ans, atteint de **lèpre tubéreuse**. Ce malade est originaire de la Roumanie, il est entré à la clinique au mois de novembre 1894. Ce cas est intéressant en raison de l'affection de la plante des pieds où on remarque de nombreuses nodosités aplaties, peu saillantes au-dessus, isolées ou confluentes, rouge clair, d'un brillant mat, dépassant les bords interne et externe du pied ; ces nodosités se sont produites pendant le séjour du malade à l'hôpital. On sait que Danielssen et Bock n'iaient la présence de la lèpre nodulaire au cuir chevelu, au gland, ainsi qu'à la paume des mains et à la plante des pieds. Toutefois R. Crocker et d'autres auteurs ont observé des nodosités lépreuses sur le cuir chevelu, et au Congrès de Breslau on a présenté un malade de Memel avec une plaque chauve infiltrée du cuir chevelu où il y avait des bacilles de la lèpre. Armauer Hansen qui conteste également la localisation palmaire et plantaire, considère comme de la syphilis une observation de Leloir relative à cette question. Dans le cas actuel il ne saurait être question d'un psoriasis plantaire syphilitique, ainsi que le montrent l'aspect des efflorescences, leur développement et leur longue durée, et la structure typique du nodule lépreux et la présence des bacilles spécifiques.

Eczéma.

M. NEUMANN présente un garçon boulanger, âgé de 17 ans, et atteint d'eczéma. Sur les jambes, plaques avec abondante desquamation, disposées d'une manière diffuse, tout à fait confluentes, en forme de cartes géographiques ; la peau malade est infiltrée et rouge, çà et là croûtes brun foncé, circonscrites, de la dimension d'une lentille, plaque humide analogue sur les membres supérieurs. Outre ces foyers confluentes, il existe sur les cuisses des plaques discoïdes, rouge clair, de la dimension d'une pièce de 50 centimes à celle d'une pièce de 2 francs, légèrement saillantes au-dessus du niveau de la peau, recouvertes de squames blanchâtres ou de croûtes minces ; à la périphérie, petites papules rouge clair, de la grosseur d'une graine de pavot. Sur le tronc, quelques plaques nettement circonscrites, de la dimension d'une pièce de 50 centimes.

La maladie existe depuis trois mois, prurit modéré. L'orateur se demande si dans ce cas il ne s'agit pas d'un eczéma parasitaire, dont autrefois il a mis en doute l'existence. Il est certain qu'on observe chez des enfants et des sujets anémiques des eczémas en forme de disques, semblables à de l'herpès tonsurant, avec cette différence que dans cette dernière affection le centre des efflorescences est normal, la peau lisse, tandis qu'ici il y a des papules au centre. Mais on ne saurait affirmer la

nature parasitaire de ces eczémas que si on provoquait la même maladie par inoculation expérimentale avec des squames ou si l'on constatait au microscope la présence de micro-organismes.

M. LANG a une fois déjà, et avec lui Hebra, dû défendre la nature mycosique de certains eczémas. Le résultat négatif de la recherche de micro-organismes ne prouve encore rien. Ce n'est pas la première fois qu'on conclut des phénomènes cliniques à la nature mycosique d'une affection.

M. SCHIFF a présenté à plusieurs reprises, à la Société, des enfants chez lesquels on ne pouvait diagnostiquer qu'un eczéma mycosique, bien que beaucoup d'auteurs nient l'existence de ces eczémas. Précisément, il survient très souvent chez des enfants un prétendu eczéma séborrhéique (Unna), que le cas actuel rappelle par la coloration des plaques et les croûtes jaunâtres.

Quoi qu'on ne soit pas encore à même de démontrer les éléments parasitaires, il faut regarder néanmoins l'affection comme un processus mycosique d'inflammation, qui trouve dans les glandes sébacées un terrain favorable. Le plus souvent l'eczéma est combiné à une séborrhée prononcée du cuir chevelu et il est impossible de guérir des eczémas sans un traitement antimycosique énergique. Peut-être y a-t-il aussi chez ce malade de la séborrhée.

M. v. HEBRA. — Unna dit lui-même à présent que l'eczéma mycosique n'est pas toujours compliqué de séborrhée, c'est pourquoi le nom d'eczéma mycosique est préférable. L'orateur a vu de nombreux cas qui résistaient longtemps à un traitement anti-eczémateux et n'étaient guéris que par une médication antiparasitaire. Il a décrit, il y a environ quinze ans, une affection sous le nom de dermatomycose flexurarum. La maladie se localise très souvent aux plis des articulations, au cou, probablement parce que dans ces régions la sécrétion sudorale est plus abondante.

M. EHRLMANN voit souvent de semblables mycoses, non seulement sur les surfaces de flexion, mais aussi sur tout le corps, constituées par des surfaces humides et des plaques de la dimension d'une pièce de 5 francs en argent, recouvertes de squames. Elles sont difficiles à distinguer des névrodermites de Brocq; la différenciation ne sera possible que quand on connaîtra les facteurs de la maladie.

M. ULMANN a fait des recherches sur la nature mycosique du processus, mais jusqu'à présent sans résultat positif. Dans des cas de mycosis flexurarum, l'orateur a examiné des fragments de peau excisés et les a comparés avec la peau saine des mêmes sujets et d'autres personnes encore. Il a trouvé certains éléments qui apparaissent constamment dans les follicules et sont peut-être des spores, mais certainement pas de la kératohyaline, comme on la rencontre souvent dans le traitement avec la solution de potasse caustique. On voit des éléments tout à fait semblables à ceux que Vidal a décrits dans l'érythrasma. Le caractère mycosique de l'affection est donc absolument démontré par le traitement et l'évolution clinique, les résultats microscopiques ne les contredisent pas, bien qu'ils ne soient pas positifs.

M. NEUMANN présente: 1° un apprenti maçon de 17 ans, atteint d'érythème

papuleux; 2° un charcutier de 26 ans, avec **érythème et herpès iris**; 3° un malade de 26 ans, avec une **syphilis précoce**, qui de décembre 1895 à janvier 1896 a été traité pour une sclérose et une syphilide papuleuse généralisée, des plaques muqueuses de la cavité buccale et une iritis spécifique; 4° un journalier de 28 ans, avec une **syphilide tuberculeuse**, et 5° un homme de 35 ans, atteint d'**eczéma folliculaire** ayant son siège au scrotum. A la face inférieure du pénis ainsi qu'à la face interne des jambes il existe aussi des vésicules, ainsi que des papules de la grosseur d'un grain de chènevis, érodées, gris pâle. Mêmes efflorescences ulcérées sur les paupières et à la commissure palpébrale. Engorgement considérable des ganglions inguinaux, les ganglions préauriculaires et cervicaux ne sont pas tuméfiés.

M. EHLMANN présente des préparations de **molluscum contagieux** faites dans le laboratoire de Beck à Budapest. Elles proviennent en grande partie d'un cas que l'orateur a observé il y a trois ans, où en connexion avec des morpions il s'était développé une énorme quantité de mollusca. A l'aide d'un procédé particulier de coloration, Beck a trouvé dans les vacuoles et entre les « spores » de Neisser une substance se colorant en violet qui est évidemment un produit de transformation du protoplasma. Les conditions de la formation et de la disparition du pigment sont tout à fait semblables à celles que l'orateur a trouvées dans le condylome large.

A. DOYON.

REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES

REVUE DE VÉNÉRÉOLOGIE

Pus blennorrhagique. — PEZZOLI. Zur Histologie des gonorrhoeischen Eiters. (*Archiv. f. Dermatol. u. Syphilis*, 1896, t. XXXIV, p. 39. 183.)

L'auteur a fait des recherches sur la présence des gonocoques et des cellules éosinophiles dans la sécrétion des deux urèthres, des glandes de Littre et de la prostate.

Il s'est servi pour cette étude des méthodes toutes récentes de v. Crippa, v. Sehlen, Neisser et Putzler pour déterminer la fréquence de la participation des glandes annexes de l'urèthre au processus blennorrhagique; on pouvait ainsi recueillir, en l'isolant autant que possible, la sécrétion de la partie antérieure et de la prostate et rechercher les cellules éosinophiles. Par des examens simultanés du sang on cherchait à établir si le développement des cellules éosinophiles dans la sécrétion uréthrale ne serait pas l'expression d'une action générale du processus blennorrhagique lui-même sur la masse du sang.

Avant d'entrer dans le détail de ses recherches, Pezzoli étudie au point de vue anatomique les glandes de Littre.

L'auteur a examiné en tout 56 cas: 26 d'urétrite antérieure et 30 d'urétrite postérieure.

Il a constaté la présence des gonocoques dans 47 sur 48 cas (98 p. 100) d'urétrite aiguë.

La participation des glandes de Littre et des lacunes de Morgagni dans l'urétrite aiguë est une complication constante. Dans l'urétrite chronique, c'est-à-dire quand il ne reste plus que quelques flocons ou filaments, on a trouvé des gonocoques dans 6 cas sur 8 (75 p. 100); dans la sécrétion des glandes de Littre dans 6 cas sur 7 il y avait des gonocoques toujours en grande quantité (86 p. 100). Dans l'urétrite chronique antérieure on trouvait des gonocoques dans la sécrétion des glandes de Littre et des lacunes de Morgagni plus fréquemment que dans l'urèthre.

Dans l'urétrite aiguë postérieure on a constaté la présence des gonocoques dans la sécrétion de la partie postérieure de vingt-quatre cas examinés. Dans dix-sept de ces cas il y avait également des gonocoques dans la sécrétion fort abondante de la prostate; l'auteur en conclut que dans l'urétrite aiguë postérieure la prostatite est une complication presque sans exception de la blennorrhagie.

Quant à l'urétrite chronique postérieure, l'auteur a constaté des gonocoques dans 80 p. 100 des cas examinés, soit dans la sécrétion prostatique, soit dans celle de la partie postérieure.

Relativement aux cellules éosinophiles, il les a trouvées presque constamment dans la sécrétion de l'urèthre et dans celle des glandes annexes (glandes de Littre, lacunes et prostate).

Dans l'urétrite antérieure simple, non compliquée, le nombre des cellules éosinophiles est beaucoup plus faible que quand il existe simultanément une urétrite postérieure.

La sécrétion des glandes de Littre est en général plus pauvre en cellules éosinophiles que la sécrétion de l'urèthre. Malgré la rareté relative des cellules éosinophiles dans la sécrétion des glandes de Littre et des lacunes de Morgagni, il est utile de faire observer que la proportion de ces cellules augmente aussi dans cette sécrétion, dès que l'urétrite aiguë antérieure s'accompagne d'urétrite postérieure. Cette augmentation est considérable, elle est de 27 p. 100.

Dans l'urétrite chronique antérieure le nombre des cellules éosinophiles est notablement plus grand dans les cas où elle était compliquée d'une urétrite chronique postérieure.

La quantité des cellules éosinophiles dans la sécrétion de l'urèthre et des glandes annexes, dans les cas aigus et chroniques, est plus considérable lorsque l'urétrite antérieure s'accompagne d'urétrite postérieure.

Dans la sécrétion de l'urèthre postérieur le nombre des cellules éosinophiles est plus grand que dans celle de la partie antérieure.

Par contre, l'examen de la sécrétion de la prostate indique dans les cas d'urétrite postérieure aiguë à peu près les mêmes proportions par rapport à la présence fréquente des cellules éosinophiles, que la sécrétion de la partie postérieure.

Dans les cas chroniques la proportion des cellules éosinophiles augmente dans la partie antérieure et dans la sécrétion de ses glandes annexes,

quand l'urétrite antérieure est compliquée d'une urétrite postérieure ; la proportion des cellules éosinophiles dans la sécrétion de la partie postérieure et de la prostate est dans ces cas constamment plus forte que dans celle de la partie antérieure.

Dans les cas chroniques les cellules éosinophiles se rencontrent plus souvent dans la sécrétion de la prostate que dans celle de la partie postérieure, dans celle-ci plus souvent que dans celle de la partie antérieure et de nouveau dans ces dernières plus fréquemment que dans la sécrétion des glandes de Littre.

Si on était persuadé de la fréquence avec laquelle les cellules éosinophiles se rencontrent dans la sécrétion blennorrhagique, il faudrait en rechercher la cause.

Il paraît bien démontré que, avec l'apparition d'une urétrite postérieure, on trouve dans toutes les sécrétions une proportion plus considérable de cellules éosinophiles. Pour les cas aigus, il faut tout d'abord tenir compte de ce fait que lorsque la partie postérieure et la prostate sont atteintes les sécrétions de la partie antérieure contiennent une proportion plus considérable de cellules éosinophiles. Il semble impossible que les cellules éosinophiles puissent provenir uniquement de la prostate. Pour expliquer ce fait dans tous ces cas, des recherches systématiques du sang prouvèrent que toutes les fois où les sécrétions étaient plus riches en cellules éosinophiles, le sang présentait, outre une leucocytose inflammatoire évidente, une augmentation nettement accusée des cellules éosinophiles. De ce parallélisme il résulte que, dans les cas d'urétrite aiguë postérieure et de prostatite, il se produit par une voie encore inconnue un accroissement des cellules éosinophiles dans le sang, qui contribue à l'apparition en grand nombre des cellules éosinophiles dans la sécrétion blennorrhagique. Il en est autrement dans les cas chroniques. En premier lieu le sang ne présente pas les modifications qui ont été décrites pour les cas aigus ; en second lieu, dans les cas chroniques, on trouve les cellules éosinophiles dans la sécrétion prostatique plus fréquemment que dans les autres sécrétions, de telle sorte que la prostate sous l'influence de lésions inflammatoires chroniques acquiert la propriété de produire directement des cellules éosinophiles.

Ces cellules ne sont pas les seules qu'il faut attribuer au catarrhe blennorrhagique, puisque Pezzoli cite un cas intéressant d'urétrite et de prostatite folliculaire occasionné par le *bacterium coli*.

A. DOYON.

NÉCROLOGIE

Georges Lewin.

Nous apprenons avec regret la mort de M. Georges Lewin qui, il y a quelques jours encore, prenait une part active, à la Société de médecine de Berlin, à une discussion sur le traitement de la syphilis par le sérum de chevaux.

En 1863, il fut appelé à succéder à v. Bäremsprung comme chef du service des maladies cutanées et vénériennes à la Charité de Berlin, et en 1868 il fut nommé professeur extraordinaire.

C'est à cette époque qu'il publia son livre *sur le traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de sublimé*. Depuis cette époque on a employé en injections tous les sels de mercure ; il s'est toujours élevé contre l'introduction des préparations insolubles et est resté fidèle au sublimé dont lui et ses élèves n'ont cessé de proclamer la supériorité de cette méthode de traitement.

Nombreux sont les travaux que Lewin a publiés en dermatologie et en syphiligraphie.

Il nous suffira de rappeler ici ceux sur la maladie d'Addison, la sclérodémie de la peau, la myosite interstitielle syphilitique, le cysticerque, etc. ; la kératose généralisée multiforme et enfin la planche de l'anatomie de la peau ; ils ont du reste été analysés dans ces Annales.

Il a publié d'autres travaux en collaboration avec quelques-uns de ses élèves, notamment avec MM. Benda, Heller.

L'année dernière on a fêté le jubilé de sa 50^e année de doctorat et à cette occasion ses amis, ses élèves et les partisans de ses doctrines ont publié un *Festochrift* (recueil de travaux en l'honneur du jubilaire) qui a dû lui prouver en quelle estime on tenait ses travaux et la sympathie qu'inspirait son caractère. Il faut ajouter que s'il n'a pas été un chef d'école, n'ayant pas ouvert de nouvelles voies à la Science, il mérite néanmoins, par ses études consciencieuses pendant un demi-siècle dans notre double spécialité, de conserver une place marquée dans le souvenir de ses contemporains.

A. D.

Le professeur Smirnoff.

Le 30 septembre-12 octobre, est mort à l'âge de 56 ans, à Helsingfors, d'une affection hépatique, le professeur A. SMIRNOFF, professeur de dermatologie à la Faculté d'Helsingfors. Finlandais de naissance, il aimait beaucoup son pays natal, et c'est là, à Helsingfors, qu'il fit ses études médicales et, ensuite, professa. Il y était d'ailleurs très populaire, très aimé par tous pour sa simplicité de caractère, sa bonté, son esprit. Parmi ses travaux de syphiligraphie il s'est surtout fait connaître par la vulgari-

sation du procédé de Scarenzio pour le traitement de la syphilis. Dans ses loisirs le professeur Smirnoff s'occupait d'études philosophiques et a même publié un volume : « la religion naturelle concentrée » dont il venait d'envoyer un exemplaire peu de temps avant sa mort, à Tolstoï et dont les conclusions se rapprochent de celles de Wunott. S. B.

NOUVELLES

Nouvelle Société dermatologique.

Nous apprenons avec plaisir la création d'une nouvelle Société dermatologique. Le 25 octobre dernier a été fondée en effet « la Société néerlandaise de dermatologie », dont le bureau est ainsi composé : *Président* : Dr S. B. SELHORST, de la Haye ; *vice-président* : Dr Th. BROES VAN DORT, de Rotterdam ; *secrétaire-trésorier* : S. MENDES DA COSTA, d'Amsterdam.

Nomination.

Nous avons annoncé récemment que M. le Dr Lesser quittait la chaire de dermatologie de Berne pour prendre celle de Berlin ; M. Lesser va être remplacé à Berne par le Dr JADASSOHN, de Breslau. Nous adressons au jeune professeur, dont nos lecteurs connaissent bien la haute valeur scientifique, nos très vives félicitations.

Congrès pour l'étude de la prophylaxie de la syphilis en Russie.

Nous avons déjà signalé, à l'occasion, les proportions effrayantes que prend la syphilis en Russie ; dans certaines régions ce n'est plus les malades qu'on compte, mais les sujets non syphilitiques. Émus de cet état de choses, les syphiligraphes russes ont décidé de se réunir en un Congrès spécial afin d'étudier les mesures à prendre contre ce fléau qui menace d'envahir surtout la population des campagnes.

Pour que les travaux puissent aboutir, des recherches préparatoires ont été faites. Ces recherches ont porté sur : 1) la syphilis parmi la population rurale ; 2) la syphilis dans les villes ; 3) la syphilis dans l'armée et la marine ; 4) sur la composition et l'éducation d'un personnel médical spécial destiné à combattre la syphilis ; 5) la surveillance de la prostitution et sa réglementation.

Ce Congrès se réunira sous peu ; nous en rapporterons les travaux les plus intéressants. S. B.

Le Gérant : G. MASSON.

IMPRIMERIE LEMALE ET C^{ie}, HAVRE.

